

# *Autonomia relacional e parto humanizado: o desafio de aproximar desejos e práticas no SUS*

I<sup>1</sup> Martha Colvara Bachilli, <sup>2</sup> Ilze Zirbel, <sup>3</sup> Ernani Tiaraju de Santa Helena I

**Resumo:** A Rede Cegonha é um programa de assistência do SUS que visa diminuir a mortalidade materna e neonatal por meio de práticas obstétricas humanizadas e baseadas em evidências. No entanto, ainda parece haver um distanciamento entre os desejos das mulheres no momento do parto e o que é oferecido pela equipe de assistência. Este estudo se propõe a desvelar os limites da autonomia da mulher no momento do parto em um hospital da Rede Cegonha. As puérperas responderam a perguntas abertas em uma entrevista pessoal e relataram sua experiência de parto. A análise de conteúdo foi utilizada para organizar os discursos em categorias de análise. O medo da dor (que interfere no protagonismo da mulher), a falta de diálogo com os profissionais de saúde (percepção de não ser ouvido) e o desconhecimento das orientações da Rede Cegonha apareceram nas entrevistas como barreiras à significativa experiência do parto. Para uma verdadeira experiência de humanização, é necessário fortalecer o diálogo entre as parturientes e a equipe de saúde, a fim de reunir desejos e protocolos clínicos, como forma de afirmar a autonomia da mulher diante do parto.

► **Palavras-chave:** parto humanizado; autonomia relacional; obstetrícia.

<sup>1</sup> Medicina, Universidade Regional de Blumenau. Blumenau-SC, Brasil (martha.bachilli@gmail.com).  
ORCID: 0000-0001-7957-3108

<sup>2</sup> Filosofia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil (izirbel@yahoo.com.br).  
ORCID: 0000-0001-6633-6525

<sup>3</sup> Medicina, Universidade Regional de Blumenau. Blumenau-SC, Brasil (erntsh@furb.br).  
ORCID: 0000-0001-1337-6723

Recebido em: 14/09/2020  
Aprovado em: 17/11/2020  
Revisado em: 20/03/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310130>

## Introdução

Gestação, parto e puerpério são eventos naturais e relacionados à fisiologia e sexualidade femininas, porém foram retirados do espectro de cuidado de grupos de mulheres experientes (parteiras) e se tornaram objeto de estudo, historicamente patologizados e medicalizados, da gineco-obstetrícia (MAIA, 2010; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). Parte relevante da obstetrícia ocidental fundamenta sua prática na tecnologia e na atenção hospitalar (DAVIS-FLOYD, 2003), ancora assistência na figura do médico e performa práticas que mulheres descrevem como violentas (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). As questões relacionadas ao parto apresentam viés de gênero, o que posiciona parturientes em uma realidade social patriarcal, opressora e de dominação (DODDS, 2000; DONCHIN, 2000).

O número de intervenções no parto contraria recomendações científicas (BELIZÁN et al., 2018; DINIZ, 2005) e são ignorados desejos de parto natural expressos pela maioria de mulheres em estudos nacionais (DOMINGUES et al., 2014; LEAL et al., 2014). No entanto, desde as décadas de 1950 mundialmente, e de 1970 no Brasil, vem aumentando o número de pessoas que fazem oposição crítica ao modelo assistencial obstétrico hegemônico e advogam pela humanização do parto e do nascimento (RATTNER, 2009).

Em meio a essas discussões, a Rede Cegonha (RC) surge em 2011 como uma política que visa "implementar rede de cuidados para assegurar às mulheres direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis" (BRASIL, 2011). Traz propostas que visam diminuir a mortalidade materna e infantil e melhorar a saúde de gestantes no país. Ao alinhar premissas baseadas em evidências científicas (CAVALCANTI et al., 2013), instituiu o uso de tecnologias e cuidados congruentes com recomendações internacionais (WHO, 2018).

As práticas obstétricas propostas pela RC incluem construção de Plano de Parto pelo pré-natalista e gestante, manejo não farmacológico da dor no parto, posições verticalizadas para parir, contato pele-a-pele imediato com o bebê e a entrada de novos atores durante a assistência ao nascimento (BRASIL, 2011), como é o caso de enfermagem obstétrica, doulas e acompanhantes de escolha da mulher.

Profissionais de saúde do SUS são convidados a repensar intervenções clínicas de rotina, bem como as consideradas violentas – episiotomia e manobra de Kristeller<sup>1</sup> – além de serem estimulados a diminuir as taxas de cesariana. Também são convidados a ressignificar o trabalho em equipe, com a enfermagem obstétrica ficando responsável pelo atendimento integral de mulheres saudáveis em trabalho de parto (BRASIL, 2011).

Boletins periódicos com indicadores específicos são enviados ao Ministério da Saúde, para corrigir eventuais desvios na assistência e estabelecer critérios para a manutenção do financiamento (BRASIL, 2011). No entanto, uma avaliação da assistência na RC puramente quantitativa e baseada apenas em indicadores pode mascarar os entraves da realidade da assistência. Os cenários de prática em conflito evidenciam barreiras na implementação de equipes que legitimem enfermeiras obstétricas autônomas como linha de frente da assistência (MAIA, 2010), uma ação considerada essencial à mudança do modelo de atenção à gestante e parturiente (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010; DINIZ et al., 2015). As usuárias dos serviços também são poucas vezes questionadas e ouvidas em suas próprias demandas de cuidado, assim como "protocolos humanizados" são aplicados sem a devida reflexão crítica (MAIA, 2010).

Pesquisas nacionais demonstram que a satisfação com o parto leva em consideração, resumidamente, a singularização da experiência (RATTNER, 2009; CARNEIRO, 2013a; TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018), a percepção da autonomia da mulher na tomada de decisões clínicas a partir de orientações prévias e a vivência de um parto livre de violência obstétrica (DINIZ; CHACHAM, 2006; ANDREZZO, 2016). Na publicação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018), também a satisfação da parturiente com o cuidado está colocada em igualdade de importância com os demais critérios técnicos da assistência no ciclo gravídico-puerperal. Esses aspectos podem ser interpretados como uma tentativa de aproximar êxito técnico (o cumprimento dos protocolos atualizados de boas práticas obstétricas) com sucesso prático (AYRES, 2007), na medida em que é dada voz à parturiente, sua subjetividade e seus direitos são considerados, assim como a singularidade dos seus sentimentos em relação ao parto.

A autonomia, conceitualmente, é reconhecida nas sociedades ocidentais como um valor moral e político central. Ser autônomo é agir por motivos, razões ou valores próprios e fazer escolhas por si mesmo a partir de reflexões (CHRISTMAN, 2018).

O conceito surge, inicialmente, em meio às teorias políticas e morais que buscavam instrumentalizar os cidadãos modernos (em geral homens brancos e proprietários) com um conjunto de direitos. Entre esses direitos estava o direito de resistir à coerção (CAMPBELL, 2017).

Na bioética, o princípio do respeito pela autonomia pessoal é um dos principais a orientar as práticas médicas, desde a década de 1970, quando Beauchamp e Childress (2001) defenderam que “o indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano auto-escolhido, análogo ao modo como um governo independente administra seus territórios e estabelece suas políticas”.

Teóricas feministas têm criticado esta visão de autonomia que orienta a bioética e buscado elaborar um conceito que leve em conta as vivências subjetivas e as interconexões entre os indivíduos, especialmente no que diz respeito às decisões das mulheres. Para Stoljar (2018), a visão da bioética principialista não leva suficientemente em conta o fato de os indivíduos estarem socialmente imbricados entre si e que suas relações são permeadas por práticas de dominação e opressão. Tais práticas devem ser consideradas quando pretende-se acompanhar a lógica de decisão de mulheres em relação a si mesmas e seus corpos (STOLJAR, 2018). Autoras argumentam que o foco apenas na situação do paciente e seu processo de reflexão crítica é fundamentalmente individualista, o que o torna inadequado no caso de mulheres, comumente posicionadas em situações de sujeição (DODDS, 2000; DONCHIN, 2000).

Um modelo alternativo de autonomia começa então a ganhar fôlego: a Autonomia Relacional (AR). Segundo este modelo, os indivíduos encontram-se envolvidos fundamentalmente em uma ampla rede de relações e as atividades envolvidas no exercício da autonomia (como refletir, planejar, escolher, decidir) “são atividades sociais que muitas vezes envolvem os outros ou são feitas de maneiras que estão sujeitas à influência de nossos relacionamentos e contexto social” (DIVE; NEWSON, 2018). Como afirma Zirbel (2016, p. 172): “[...] o modelo da autonomia relacional enfatiza a necessidade de pensar a autonomia como uma característica humana que envolve criatividade, desejos e imaginação tanto quanto reflexão e racionalidade”.

A AR é *uma competência* que compreende um conjunto de diferentes habilidades e capacidades desenvolvidas em uma rede de relacionamentos que, por sua vez, é necessária à formação e ao desenvolvimento da capacidade de pensar e agir (MEYERS, 1987, 2005). Outras autoras acrescentam que se trata de uma

competência que pode ser desenvolvida em graus variados: “[...] se a competência da autonomia compreende um conjunto de habilidades que podem ser mais ou menos desenvolvidas, exercitadas e coordenadas, faz sentido pensar na *autonomia como uma questão de grau*” (MACKENZIE; STOLJAR, 2000).

Meyers também faz distinção entre o que seria uma *autonomia programática* (atrelada aos planos de vida individuais) e uma *autonomia episódica* (aplicada a situações particulares). Neste último caso, muitas vezes, o indivíduo pondera sobre seus próprios desejos e as possibilidades de ação existentes em meio à uma realidade opressiva (MEYERS, 1989, 2000).

Ao tratarmos de parto, estamos diante da possibilidade de exercício de uma autonomia episódica que ocorre quando, em determinada situação, a pessoa se pergunta o que ela pode fazer a respeito e o que ela realmente quer fazer, só então, após deliberação interna, executa uma decisão.

Ao se pensar a autonomia como relacional, é possível também fazer uma distinção entre perspectivas de tipo mais fraco e de tipo mais forte (DONCHIN, 2000). Em um contexto médico ou de relações de saúde, essas duas dimensões da autonomia ficam evidentes na relação médico-paciente, com todas complexidades de poder e comunicação envolvidas. O mesmo pode ser dito da relação do paciente com o seu meio social, que afeta suas escolhas de variadas maneiras.

O modo de vida e a bagagem de vivências da mulher, em seu ambiente social, cultural, racial, etc. é considerado pelas teóricas feministas, como aquilo que cria o substrato para reflexão e para decisões informadas (ou não) de mulheres que se confrontam com dilemas éticos ou situações desafiadoras concretas. Ao pensarmos a autonomia de uma mulher, é preciso levar em consideração que estamos diante de um indivíduo dotado de uma capacidade que se desenvolve atrelada ao seu meio, atingindo variados graus e manifestando-se ora de maneira mais forte, ora de maneira mais fraca, dependendo da situação, do contexto e das pessoas envolvidas na situação (FRIEDMAN, 2003; MEYERS, 2005).

Autonomia Relacional é a categoria analítica que orienta essa pesquisa e auxilia pensar serviços de saúde e cuidado a partir das demandas do indivíduo, em meio às delimitações éticas, culturais e científicas impostas no momento do parto. Permite pensar maneiras de fortalecer a subjetividade e o protagonismo das mulheres no momento do parto (CARNEIRO, 2013). Embora reconheça a importância das relações sociais, raciais e interpessoais como fatores que moldam e modificam

construção e expressão da autonomia das mulheres entrevistadas, este recorte não foi ativamente buscado ou desenvolvido nesta investigação.

A pesquisa focou no tema da autonomia da parturiente para verificar o que ocorre na prática de um hospital público no momento do parto. Este artigo tem por objetivos, além de descrever os resultados da pesquisa, iniciar uma discussão sobre AR e sua intersecção com práticas humanizadas no SUS.

## Percurso metodológico

A pesquisa de campo foi realizada em Blumenau, Santa Catarina, com população estimada de 357.199 habitantes para 2019 e IDH 0,81 em 2010. A RC encontra-se implantada desde 2013 em 76 unidades de saúde que oferecem cobertura pré-natal a mais de 90% das gestantes da cidade. Um hospital na cidade assiste gestantes pelo SUS, uma média 300 partos por mês, com 60-70% de partos normais, com taxas baixas de episiotomia (entre 2-4%). Há estímulo ao parto verticalizado, disponibilidade de alguns métodos não farmacológicos de alívio da dor, atendimento por enfermagem obstétrica de parturientes saudáveis e cumprimento da lei do acompanhante, de 2005, e da lei municipal das doulas de 2015. O pré-natal de gestantes saudáveis é realizado na rede básica, por médicos de família e obstetras, que não assistem partos no hospital. No pré-natal de alto risco, as gestantes podem ser atendidas por médicos residentes e obstetras que também fazem plantão, porém o acompanhamento do parto pelos mesmos profissionais é evento esporádico.

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, descritivo, realizado a partir de entrevistas abertas com tema norteador, com mulheres selecionadas aleatoriamente dentro dos critérios de inclusão: gestação única, à termo, mães de bebês de 3 a 6 meses de vida, brasileiras, maiores de idade. Foram recrutadas dentre as parturientes do hospital de referência da RC no município, que tiveram seguimento em unidades de atenção primária do SUS, onde foram convidadas a participar da pesquisa. Termos de consentimento livre e esclarecido foram oferecidos e participaram do estudo apenas mulheres que assinaram documento. Optou-se por interromper o recrutamento quando a leitura do material mostrou saturação nas falas das participantes.

Participaram cinco mulheres, três na primeira gestação, todas maiores de 20 anos e com ensino médio completo, casadas ou com companheiro estável, brancas. Duas delas fizeram pré-natal na rede privada e uma teve consultas no pré-natal de alto

risco do próprio hospital. Quatro delas tiveram partos vaginais, duas acompanhadas por doulas. A única submetida a cesariana – durante trabalho de parto ativo e com desejo explícito de parir – teve duas cesarianas anteriores usadas como justificativa para indicação do procedimento.

Entrevistas individuais foram realizadas pela primeira autora, em local privativo, para que a mulher tivesse espaço apropriado e confortável para falar sem interrupções, acurada e detalhadamente, livre de julgamentos. Utilizaram-se os seguintes temas norteadores: relato da experiência do parto, preparação para o parto, uso de grupos e tecnologia antes do parto, experiências de contato com equipe médica no pré-natal e no hospital.

Todas entrevistas foram gravadas em áudio e o material foi utilizado para transcrição e análise de dados. As mulheres foram identificadas somente com letra/número, para preservar sua identidade. Por meio da leitura da transcrição das entrevistas, foram considerados suficientes os dados coletados, pois os relatos e aspectos marcantes das experiências foram se repetindo nas falas das entrevistadas, enquanto outros criaram contraste por sua especificidade e unicidade.

A análise de conteúdo foi usada para a leitura do manifesto e do implícito nos dados coletados com as entrevistas (BARDIN, 2016). Operacionalmente, foi constituído de pré-análise (leitura flutuante para contato exaustivo e organização do material), exploração do material (recorte do texto em unidades de registro, de maneira a observar semelhanças e diferenças nos relatos das mulheres) e tratamento dos resultados através da interpretação referencial e constituição das categorias empíricas de análise.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FURB, CAAE número 80510917.1.0000.5370.

## Resultados e Discussão

Na análise das entrevistas, três problemáticas distintas emergiram: a primeira diz respeito à noção que a parturiente tem em relação ao parto, de uma '*experiência de medo, dor e sofrimento*'. Os achados corroboram literatura (LEAL *et al.*, 2017; TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018) e no imaginário das gestantes, trata-se de uma característica obrigatória da parturição. A segunda, está ligada à consciência das mulheres de que o parto é uma '*experiência relacional*'. Por fim, destacamos a

problemática do *'limite das práticas de humanização do parto'* para a garantia de experiências significativas e autônomas.

## **Dor, medo e sofrimento**

Relatos de parto, tanto na internet quanto os coletados na pesquisa, estão permeados por descrições de momentos em que a dor física adquire importância central (DINIZ, 2005; CARNEIRO, 2013b; TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018). É o que relata M2, falando de sua experiência: “Eu comecei a berrar, daí eu falei com meu marido: ele (o bebê) tá saindo, vai lá chamar ela! Então foi um parto bem assustador pra mim” (M2).

Uma parte das narrativas mescla dor física com sofrimento psíquico, como se ambos figurassem nesse contexto a partir do mesmo lugar e quisessem dizer e representar a mesma coisa. Esses relatos são passados adiante entre mulheres e influenciam a mulher grávida. Ela “sabe” que haverá dor e sofrimento envolvidos na experiência do parto. Além disso, existe a noção, possivelmente fundada na tradição bíblica, de que essa é uma característica obrigatória da parturição.

O medo da dor e do sofrimento, assim como o medo dos “perigos do parto”, muitas vezes produzem um efeito paralisante ou interferem no protagonismo da mulher, como evidencia a fala de M3, relativa ao momento do parto: “[...] tranquei (parou de fazer força), porque eu fiquei com medo”. A ideia de que cesarianas seriam partos sem dor, sem riscos e com melhores resultados, tanto para mãe quanto para o bebê, ganha assim espaço no imaginário social e dos profissionais médicos, mesmo contra as evidências científicas (DIAS et al., 2016; BELIZÁN et al., 2018).

O processo de gestação também recebe interpretações de gênero que acabam por criar um imaginário de que o corpo grávido é incapacitado ou reduzido a fragilidades (ZIRBEL, 2016). Essa ideia geral auxilia na manutenção do medo que, por sua vez, permeia as decisões durante a assistência ao parto e leva ao julgamento de que a mulher grávida é alguém totalmente vulnerável e incapaz de tomar decisões importantes, tanto para si, quanto para o bebê. Isto contrasta com a visão das teóricas do cuidado e da AR, por exemplo, que defendem um imbricamento das emoções e sentimentos nas decisões das mulheres (e homens), valorizados tanto quanto à razão e ao conhecimento teórico (GILLIGAN, 1982, 2014; DURÁN PALACIO, 2015; KUHNEN, 2014; ZIRBEL, 2016)

Assim, o medo e a dor, quando presentes, não precisam ser vistos como algo que anula a capacidade de autonomia e reflexão da mulher. Eles representam um elemento que entram em cena, de maneira episódica, e que devem ser levados em conta na reflexão ligada aos desejos e planos que essa mulher tem para o próprio parto. Conhecer e aceitar os desejos da mulher, no entanto, depende de uma série de fatores externos já impostos quando ela é internada para o atendimento pelo SUS.

Quando disputas por poder se sobrepõem à assistência em si, os aspectos conflituosos do relacionamento interpessoal, além de impedirem a vivência e o reconhecimento da autonomia, matizam apenas os aspectos negativos das experiências de parto normal. Este pode ser o espaço, ainda inexplorado, para a construção de relações de cuidado, baseados em AR (ELLS; HUNT; CHAMBERS-EVANS, 2011; HEIDENREICH et al., 2018).

Os preparativos para a vivência do parto em si, ancorados na realidade objetiva dos serviços a serem prestados, deveriam levar em consideração esses aspectos dialógicos (AYRES, 2007). No diálogo é possível produzir o encontro das expectativas construídas pelas mulheres com as diretrizes do programa RC e visualizar o atendimento possível e real prestado a elas durante seus partos com as equipes que trabalham pelo SUS.

Relações mais próximas entre mulheres e equipes assistentes (pré-natais e hospitalares), pautadas em cooperação, entendimento e confiança mútuos, podem resultar em vivências singulares, nas quais as mulheres têm sua autonomia respeitada e valorizada dentro de um serviço público de saúde, durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Além disso, o medo e sua ligação com a dor e sofrimento tendem a perder a força nos discursos.

## **A experiência relacional do parto**

Na experiência de cada mulher com o parto, há uma série de pessoas e tipos de relações envolvidas. Uma das expectativas que a mulher tem em relação à equipe e a instituição é a de receber o cuidado individualizado e esperado por ela. Como evidenciou M4: “tá certo que [se] vai muito lá com queixas de dores e não é nada, mas [a equipe deveria] ter um cuidado maior nessa parte”.

O sentido do comentário é de que ela está passando por essa situação pela primeira vez e trata-se de algo cujo limite de normalidade desconhece. A mulher, neste caso,

necessitava de um tipo de cuidado que envolvesse explicações do tipo “está tudo indo bem”, apesar da dor e do medo que ela sentiu, e “a dor vai continuar mais um tempo”.

Em geral, quando houve falha no diálogo desde o pré-natal, a assistência oferecida à mulher no momento do parto também foi percebida como insuficiente. O cuidado buscado pelas mulheres ouvidas na pesquisa estava baseado na individualização da escuta, no acolhimento e na aquisição de informações. Há uma ideia compartilhada por todas de que a equipe “explica pouco”, “conversa pouco” e que as explicações vagas, do tipo, “é normal” são insuficientes para garantir a sensação de controle sobre o que está acontecendo ou sobre o que virá durante o trabalho de parto. Isso também aparece na fala de M1:

[...] em muitos casos não [somos] ouvidas, porque quando tu chega lá é tudo muito rápido, ah, ou tu vai pra cesárea ou tu vai ficar esperando, mas tu não é ouvida [...] ninguém para pra ficar ali uns quinze, vinte minutos, pra ver como é que a mãe tá se sentindo, e o que tá acontecendo, se... sei lá, [para] dar um apoio emocional (M1).

A equipe de assistência é vista como um esteio. Acredita-se que ela possui um saber que sustenta e suporta a mulher em um momento de vulnerabilidade, descontrole e medo. Com o imaginário construído e maciçamente propagado sobre o parto normal como sendo perigoso, ameaçador e doloroso (DINIZ, 2005; MUNIZ; BARBOSA, 2012), parece óbvio que o esforço institucional e político deva ser a favor da consolidação da visão de parto respeitoso, protagonizado pela mulher, humanizado como defendido por alguns grupos de profissionais e pesquisadores e pelos planos da RC (DINIZ, 2005; RATTNER, 2009; CAVALCANTI et al., 2013).

No entanto, as falas das entrevistadas mostram o descompasso entre as necessidades de acolhimento e escuta no pré-natal e no atendimento recebido no contexto hospitalar. O pré-natal, visto apenas como uma oportunidade de diagnóstico de agravos tratáveis à saúde do binômio mãe-bebê, parece não alcançar seu potencial de educação em saúde, de oportunidade de diálogo sobre expectativas e desejos da mulher para seu parto, de operacionalização das escolhas destas mulheres dentro do sistema (VIELLAS et al., 2014).

O modelo biomédico hegemônico também mantém a ideia de que a gestação deve ser controlada a partir da doença (CARNEIRO, 2013b) e não contempla o nível de importância que as questões sobre o parto normal adquirem no imaginário das mulheres, externado na fala de todas as entrevistadas na pesquisa. A massificação do atendimento substitui a construção das relações de cuidado. Na falta de tempo

ou disposição para dialogar, se impõe hierarquicamente o cientificismo e a técnica e mesmo práticas "humanizadas", quando meramente protocolares, podem ser sentidas e vividas como indesejadas pelas mulheres. Essa tensão estruturante (BONET, 1999) resulta da prática biomédica em que estão polarizados o saber e o sentir ao fazer.

Ferramentas digitais, como grupos de discussão pela internet e aplicativos para acompanhar o desenvolvimento da gestação, ganham espaço e foram mencionados por todas as entrevistadas como alternativas a estes contatos pouco efetivos ou inexistentes dentro dos serviços de saúde. Como nos conta M5:

[...] a doula, ela até me emprestou aquele livro *O Parto Ativo*, né. Até dei uma lida por cima e... às vezes [li] coisas da internet... eu tenho aquele aplicativo do Baby Center, né... (M5).

O reconhecimento das trajetórias de cada sujeito envolvido nas práticas de cuidado no parto também tensiona a necessidade de perceber que as vivências subjetivas de todos, com cada pré-natal e parto em si, poderiam ser de uma outra ordem, caso os embates por poder diminuíssem e o atendimento fosse pensado a partir da mulher, e não do entorno técnico e tecnológico que a rodeia (ELLS; HUNT; CHAMBERS-EVANS, 2011; ZANARDO et al., 2017; HEIDENREICH et al., 2018).

A literatura sugere que o cuidado compartilhado e construído com autonomia das pessoas envolvidas e dentro dos limites da equipe assistente e da instituição (HEIDENREICH et al., 2018), está de acordo com aspectos relacionais e da medicina centrada na pessoa (STEWART; BROWN; WESTON, 2010). Em última análise, essa é uma visão confluyente com uma parte do ideário da humanização do parto e nascimento, que se incluiria nas diretrizes da RC (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

Partos seguros e considerados singulares, assumidos como protagonizados pela mulher, poderiam também permitir a motivação e o envolvimento das equipes, de maneira a retroalimentar as práticas consideradas oportunas, tanto pelas gestantes, quanto pela RC. Decisões autônomas podem e devem ser acolhidas e consideradas como um aspecto que potencializa a confiança entre todos os envolvidos, de maneira que responsabilidades compartilhadas sejam entendidas como implicadas na emancipação da mulher, nesse contexto específico (ELLS; HUNT; CHAMBERS-EVANS, 2011; HEIDENREICH et al., 2018).

Isso é necessário para que a construção dos desejos para o parto traga, além de significado e realização, a sensação de pertencimento e de agência, para que as modalidades de diálogo construídas em conjunto possam beneficiar, além das mulheres, as equipes de saúde.

## Limites das práticas de humanização do parto

Outro ponto que se pode destacar das entrevistas foram os limites impostos pelas práticas de humanização, propostas pela RC. M2, por exemplo, afirma que a fez terminar com uma experiência de parto determinada pela falta de diálogo, explicitada na fala anterior, mesmo tendo experimentado uma assistência tecnicamente adequada e um parto rápido.

[...] eu queria (uma cesariana), eu tinha uma escolha, que eu gostaria que fosse respeitada. Daí vem as normas [de] que não se pode fazer. Só que ninguém pensa: tá mas ela quer fazer por quê?" (M2).

No serviço público, ao contrário das relações “um para uma” das equipes de parto privadas, é necessário construir no momento do parto um relacionamento sinérgico e de confiança, uma vez que nem sempre as pessoas que se encontra naquele momento se conhecem ou tiveram a oportunidade de passar algum tempo juntas. Essa relação de confiança precisa existir para garantir um sentimento de segurança e cuidado desejado no ambiente hospitalar regido pelo SUS.

[...] no atendimento com plano é uma coisa e no SUS é outra. Não é todos os profissionais que tu encontra no SUS que tão disposto a te oferecer um bom tratamento. (M1).

Nas entrevistas aparecia a ideia de que o atendimento público era insuficiente e implicava falta de cuidado. Esta ideia se mantinha mesmo quando os partos haviam sido adequados e de acordo com as diretrizes da RC. Além disso, duas recomendações da RC, que são consideradas um ganho importante para um parto humanizado, foram questionadas pelas entrevistadas: o atendimento por enfermagem obstétrica e a presença de acompanhantes que estivessem treinadas para um manejo não farmacológico da dor, como é o caso das doulas (DINIZ, 2005; RATTNER, 2009; BRASIL, 2011).

O trabalho das enfermeiras obstétricas foi descrito pelas entrevistadas como um tipo de assistência insuficiente e/ou como ponto de conflito hierárquico na equipe. Com a práxis ainda desvalorizada, a enfermagem obstétrica tem dificuldade em se firmar no imaginário das mulheres como uma assistência segura, desejável e que está alinhada aos preceitos da humanização (MAIA, 2010).

Quando os procedimentos desnecessários e a tecnologia excessiva devem ceder lugar ao relacionamento interpessoal e o suporte ao protagonismo e autonomia maternos, o atendimento por enfermagem obstétrica deveria prevalecer no caso de

gestações sem patologia (CAVALCANTI et al., 2013; MARTINS et al., 2016). Um cenário no qual seria mais fácil qualificar a experiência do parto com as vivências subjetivas da mulher, ao invés de descrevê-lo apenas a partir dos procedimentos protocolares comuns à prática biomédica (BONET, 1999; CARNEIRO, 2013b).

No caso das doulas, foram descritas pelas parturientes de duas formas. Primeiro, como imprescindíveis para a sistematização do conhecimento adquirido para preparar o parir, além de proporcionarem o apoio físico e psicológico buscado pelas mulheres durante o trabalho de parto e o parto em si:

[...] e depois que eu [...] conheci a (nome da Doula) também eu comecei a ler mais sobre o parto natural [...] e ver relatos de parto e assistir coisas, né. E aí, né, o conhecimento [...] é o que faz a gente se empoderar...” – M2

Depois, como representando um contraponto às convicções ou poderes das equipes sobre o parto e a mulher, o que poderia dificultar mais do que facilitar a assistência em algumas situações.

[...] eu sei que no hospital elas [médicas e enfermeiras] não gostam de doula. [...] porque eu acho que atrapalha um pouco o serviço delas [médicas e enfermeiras].”- M3

Se não há entendimento da política da RC por todos os envolvidos no parto, tampouco haverá reconhecimento deste novo olhar sobre o cuidado e objetivos de assistência centrada na mulher e nos melhores resultados práticos e vivências para a parturição.

O conhecimento e o reconhecimento de todos os atores do parto, com autonomias respeitadas, pode ser uma resposta às necessidades de cuidado que estão descritas na literatura sobre parto humanizado e atendimento livre de violência obstétrica (RATTNER, 2009; CAVALCANTI et al., 2013; ANDREZZO, 2016; MARTINS et al., 2016).

Um tempo de escuta e de interação, que todas as mulheres entrevistadas descreveram como essencial para a expressão e acolhimento de seus desejos, pode também sustentar uma assistência obstétrica no SUS tecnicamente adequada e, ao mesmo tempo, reconhecida como protagonizada pela mulher.

[...] tu não é ouvida [...] a médica [...] não para pra ficar ali uns quinze, vinte minutos, pra ver como é que a mãe tá se sentindo, e o que que, o que tá acontecendo, se, sei lá, dar um apoio emocional [...] é só aquele período [...] chegou, fez o toque, falou que é normal, vai fazer cesárea ou parto normal e sumiu... aí a mãe não tem muita confiança naquilo, eu acho. (M3).

## Considerações finais

A Rede Cegonha institucionalizou algumas demandas dos grupos de ativistas pelo parto humanizado, tornando protocolos medidas importantes para a mudança do modelo obstétrico no país, realizado pelo SUS. No entanto, as mulheres entrevistadas para esta pesquisa, e que tiveram seus partos em um hospital no qual a RC está implantada, destacaram em suas falas os limites desse cuidado durante seus atendimentos.

Ficou evidente, durante a revisão do material e as entrevistas, que dor e medo continuam sendo sentimentos bastante presentes nos relatos de parto, mesmo quando a política pública parece estar alinhada com as demandas da humanização. O desejo de ter um atendimento singularizado, com espaço para dialogar sobre questões relacionadas a esse período da vida da mulher, apareceu como uma reivindicação das mulheres ouvidas no estudo, encontrando eco na literatura.

Em um contexto obstétrico, dentro de uma política pública de incentivo ao uso de medicina baseada em evidências e de um modelo contra-hegemônico de cuidado em saúde, a autonomia pensada a partir de uma ótica individualista não parece ter a capacidade de solucionar os dilemas éticos que surgem na prática. De igual forma, a ideia de que a mulher pode decidir sozinha os rumos do próprio parto não confere com a realidade dentro do hospital. Muitas questões se fazem presentes nesse momento e, especificamente neste estudo, tocam alguns tipos de relação: a da parturiente com o bebê, com a equipe de assistência e com o hospital, bem como as da equipe médica entre si e com a instituição.

As necessidades e vontades da gestante podem ser silenciadas, distorcidas, tuteladas e manipuladas no ambiente hospitalar. Trata-se de um ambiente estranho e no qual é comum a existência de discrepâncias entre os agentes envolvidos, desvalorização da práxis da enfermagem em relação à prática médica, assim como diferentes visões dos fenômenos em curso. Nesse cenário, é preciso reconhecer, por exemplo, as relações assimétricas de poder entre os atores e atrizes presentes na cena do parto, com uma desvantagem para a mulher em relação à equipe médica, em vários níveis.

A indicação de escrever um Plano de Parto para garantir que os desejos da parturiente sejam respeitados e evitar violência obstétrica (ANDREZZO, 2016; TESSER et al., 2015), está no texto de implantação da RC. A indicação parte da premissa de que é preciso refletir e conhecer antecipadamente esses desejos para

poder discuti-los a partir de um referencial significativo para aquela mulher e aquela família em particular.

Os Planos de Parto, pensados para além da prescrição de procedimentos e ambiência desejados ou não, poderiam ser construídos contextualizadamente e entendidos como uma materialização de decisões informadas e de desejos manifestos durante o pré-natal, dentro da realidade da assistência em questão. Uma interface de diálogo possível entre todos os atores envolvidos e em disputa na cena do parto. Poderiam servir como um instrumento que, concretamente, sinalizaria a busca da mulher por um parto que ela entenda como seu (protagonizado, significativo, escolhido), ao invés de algo imposto pelas circunstâncias da hospitalização (ANDREZZO, 2016).

Fortalecer o diálogo como ferramenta essencial entre parturientes e equipe de saúde dentro de espaços institucionais, construídos para tal, e registrar os pontos de encontro entre desejos e protocolos clínicos, como forma de expressão e de materialização da construção da autonomia da mulher diante do parto, pode culminar em uma experiência real de humanização e cuidado nas instituições de SUS onde a Rede Cegonha está implantada.<sup>2</sup>

## Referências

ANDREZZO, H. F. de A. *Um desafio do direito a autonomia: uma experiência com plano de parto no SUS*. 2016. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2016.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. Available at: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312007000100004>

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016. *E-book*.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001. *E-book*.

BELIZÁN, José M. et al. An approach to identify a minimum and rational proportion of caesarean sections in resource-poor settings: a global network study. *The Lancet Global Health*, v. 6, n. 8, p. e894-e901, 2018. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30241-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30241-9)

BONET, O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 123-180, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Prático para Implantação da Rede Cegonha*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011. *E-book*.

- CAMPBELL, L. Kant, autonomy and bioethics. *Ethics, Medicine and Public Health*, v. 2, n. 3, p. 381-392, 2017. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jemep.2017.05.008>
- CARNEIRO, R. G. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p. 2369-2378, 2013b.
- \_\_\_\_\_. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013 a.
- CAVALCANTI, P. C. da S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>
- CHRISTMAN, J. Autonomy in Moral and Political Philosophy. In: ZALTA, E. N. (Org.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Spring, 201 ed. Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2018. *E-book*.
- DAVIS-FLOYD, R. E. *Birth as an American Rite of Passage*. University of California Press, 2003. *E-book*.
- DIAS, M. A. B. et al. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: Data from a National Survey. *Reproductive Health*, v. 13, n. Suppl 3, 2016. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0231-z>
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Available at: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000300019>
- DINIZ, C. S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 3, p. 377–384, 2015. Available at: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- DIVE, L.; NEWSON, A. J. Reconceptualizing Autonomy for Bioethics. *Kennedy Institute of Ethics journal*, v. 28, n. 2, p. 171-203, 2018. Available at: <https://doi.org/10.1353/ken.2018.0013>
- DODDS, S. Choice and Control in Feminist Bioethics. In: MACKENZIE, C.; STOLJAR, N. (Orgs.). *Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 213-235. *E-book*.
- DOMINGUES, R. M. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: Da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saude Publica*. Rio de Janeiro, v. 30, n. supl. 1, p. 101-116, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>
- DONCHIN, A. Autonomy and Interdependence: Quandaries in Genetic Decision Making. In: MACKENZIE, C.; STOLJAR, N. (Orgs.). *Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 236-258. *E-book*.

DURÁN PALACIO, N. M. La Ética Del Cuidado: Una Voz Diferente. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, v. 2, n. 1, p. 12, 2015. Available at: <https://doi.org/10.21501/23823410.1476>

ELLS, C.; HUNT, M. R.; CHAMBERS-EVANS, J. Relational autonomy as an essential component of patient-centered care. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, v. 4, n. 2, p. 79-111, 2011.

FRIEDMAN, M. *Autonomy, Gender, Politics*. Oxford: Oxford University Press, 2003. *E-book*.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: [s. n.], 2010.

GILLIGAN, C. Moral injury and the ethic of care: Reframing the conversation about differences. *Journal of Social Philosophy*, v. 45, n. 1, p. 89-106, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1111/josp.12050>

\_\_\_\_\_. *Uma voz diferente. Psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à fase adulta*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982. *E-book*.

HEIDENREICH, K. et al. Relational autonomy in the care of the vulnerable: health care professionals' reasoning in Moral Case Deliberation (MCD). *Medicine, Health Care and Philosophy*, v. 21, n. 4, p. 467-477, 2018. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9818-6>

KUHNEN, T. A. *A ética do cuidado como teoria feminista*. In: Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 3., Paraná, *Anais...* Curitiba, 2004, p. 1-9, 2014.

LEAL, M. do C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saude Publica*. Rio de Janeiro, v. 30, n. supl. 1, p. 17-32, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

\_\_\_\_\_. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cadernos de saude publica*. Rio de Janeiro, v. 33, p. e00078816, 2017. Available at: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

MACKENZIE, C.; STOLJAR, N. *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. Oxford: Oxford University Press, 2000. *E-book*.

MAIA, M. B. *Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. *E-book*.

MARTINS, D. P. et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 6, p. 1091-1098, 2016. Available at: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>

MEYERS, D. T. Decentralizing Autonomy. Five Faces of Selfhood. In: ANDERSON, J.; CHRISTMAN, J. (Orgs.). *Autonomy and the Challenges of Liberalism: New Essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. p. 27-55. *E-book*.

- \_\_\_\_\_. Intersectional Identity and the Authentic Self? Opposites Attract! In: MACKENZIE, C.; STOLJAR, N. (Orgs.). *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 151–180. *E-book*.
- \_\_\_\_\_. Personal Autonomy and the Paradox of Feminine Socialization. *The Journal of Philosophy*, v. 84, n. 11, p. 619-628, 1987.
- \_\_\_\_\_. *Self, Society and Personal Choice*. New York: Columbia University Press, 1989. *E-book*.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia Fundamental*. 14 Ed ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2017. *E-book*.
- MUNIZ, B. M. de V.; BARBOSA, R. M. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? *Memorias Convención Internacional de Salud Pública*, v. 55, n. 21, p. 1-11, 2012.
- RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. supl 1, p. 595-602, 2009. Available at: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832009000500011>
- STEWART, M.; BROWN, JB; WESTON, WW. *Medicina centrada na pessoa – Transformando o método clínico*. 2 Edição ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. *E-book*.
- STOLJAR, N. Feminist Perspectives on Autonomy. In: ZALTA, E. N. (Org.). *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Winter 2018 ed. Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2018. *E-book*.
- TEIXEIRENSE, M. M. de S.; SANTOS, S. L. S. Da expectativa à experiência: Humanização do parto no sistema único de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. v. 22, n. 65, p. 399-410, 2018. Available at: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0926>
- TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2015. Available at: [https://doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmf10(35)1013)
- VIELLAS, E. F. et al. Prenatal care in Brazil. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 30, p. S1-S15, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization, 2018. *E-book*.
- ZANARDO, G. L. de P. et al. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. *Psicol. soc.*, v. 29, p. e155043-e155043, 2017.
- ZIRBEL, I. *Uma teoria político-feminista do cuidado*. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2016.

## Notas

<sup>1</sup> Corte no períneo de rotina e pressão na barriga da gestante para supostamente ajudar a saída do bebê.

<sup>2</sup> M. C. Bachilli: concepção, planejamento, coleta, análise e interpretação de dados, redação do artigo. I. Zirbel: análise e interpretação de dados, redação do artigo. E. T. de Santa Helena: concepção, planejamento, análise e interpretação de dados, redação do artigo.

## *Abstract*

### *Relational autonomy and humanized birth: the challenge of approaching desires and practices in the SUS*

Rede Cegonha is a SUS assistance program that aims to decrease maternal and neonatal mortality through humanized and evidence-based obstetric practices. However, there still seems to be a gap between the desires of women at the time of delivery and what is offered by the care team. This study aims to unveil the limits of the woman's autonomy at the time of delivery in a hospital in the Rede Cegonha. The mothers answered open-ended questions in a personal interview and reported their birth experience. Content analysis was used to organize the speeches into categories of analysis. Fear of pain (which interferes with the woman's role), lack of dialogue with health professionals (perception of not being heard) and ignorance of the guidelines of Rede Cegonha appeared in the interviews as barriers to the significant experience of childbirth. For a real humanization experience, it is necessary to strengthen the dialogue between parturients and health team, to gather wishes and clinical protocols, as a way to affirm the autonomy of women in the face of childbirth.

► **Keywords:** humanized childbirth; relational autonomy; obstetrics.

