

anormal

a dor do parto que conhecemos













































universidade de são paulo  
faculdade de arquitetura e urbanismo  
curso de design  
trabalho de conclusão de curso  
"anormal – a dor do parto que conhecemos"  
projeto de exposição conceitual sobre o medo da dor no parto vaginal

denise renata passos ikuno  
orientadora: prof<sup>a</sup> dr<sup>a</sup> sara miriam goldchmit  
são paulo, 2017

# resumo

No Brasil, as altas taxas de cirurgia cesariana estão muito acima das recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. Os motivos são inúmeros e as partes envolvidas são diversas. Um desses motivos deve-se às cesarianas eletivas causadas pelo medo da dor no parto vaginal. O objetivo deste trabalho é traduzir simbolicamente algumas sensações e emoções relacionadas ao medo da dor do parto em instalações sensoriais imersivas que configurem uma exposição planejada para o Espaço Cênico Ademar Guerra, no porão do Centro Cultural Vergueiro, em São Paulo. Espera-se que a solução pautada no design expositivo possa contribuir para a apresentação de um tema complexo voltado para um público abrangente de modo a predispor o engajamento emocional e sensorial dos visitantes.

# abstract

In Brazil, high rates of cesarean surgery are far above those recommended by the World Health Organization. There are many reasons for this and the parties involved are diverse. One of these reasons is due to the elective cesareans caused by fear of vaginal delivery pain. The objective of this work is to symbolically translate some sensations and emotions related to the fear of childbirth pain in immersive sensory installations that set up a planned exhibition for the Ademar Guerra Scenic Space in the basement of the Vergueiro Cultural Center in São Paulo. It is hoped that the solution based on the exhibition design can contribute to the presentation of a complex theme aimed at a wide audience in order to predispose the emotional and sensorial engagement of the visitors.

25

## palavras-chave

Medo; Dor; Parto Humanizado; Cesariana eletiva;

Parto Normal; Design; Design de Exposição



# agradecimentos

Agradeço a

Fernando Shigueo Fujivara

Leonardo Akamatsu

Caio Teixeira da Quinta

Antonio Augusto Delfim da Silva Santos (Nico)

Mayara Kise Telles Fujitani

Rafael Monteiro

Karin Onuki Kussaba

Nívea Pascoaloto

Lucas Marques Otsuka

Lucas Anghinoni

Caio Cesar Reis Alonso

Livia Takemura

João Schmitt

Liana Maki Shintate

Marcos Salvi Philipson

Jomaryston Candido

Danilo Makio Saito

Karina Izumi Gushiken

Tadeu Kendy de Oliveira Omae

Leandro Cunha

Marilia Koepl

Cristiane Aun Bertoldi

Sara Miriam Goldchmit

Meus pais e meu irmão

pela graça alcançada.



# índice

27	<b>introdução</b>
33	<b>definições</b>
41	<b>materiais e métodos de pesquisa</b>
44	pesquisa videográfica _ documentários
52	entrevistas
74	questionário online de caráter quantitativo
82	visita às maternidades
96	curso de formação de doulas (GAMA)
107	<b>levantamento de dados</b>
108	nascer no brasil
118	declaração da oms sobre taxas de cesáreas
124	legislação e práticas governamentais
130	visão antropológica sobre situação atual da assistência ao parto
147	<b>conclusão da primeira parte</b>
153	<b>sobre projeto de exposições</b>
154	expografia contemporânea no brasil
162	engaging spaces
171	<b>a exposição</b>
174	definição da mensagem e discurso
178	definição do local e breve descrição
184	definição da jornada
255	<b>comunicação visual</b>
268	<b>bibliografia</b>
270	<b>projetos de referência</b>





# introdução

O cenário obstétrico brasileiro apresenta taxas elevadíssimas de cirurgias cesarianas, taxas essas que extrapolam demasiadamente o que seria considerado normal pela Organização Mundial de Saúde. Porém essa é uma questão com muitas variantes e multifacetada. Os motivos para essas elevadas taxas são diversos e apenas alguns deles serão abordados neste trabalho. Há problemas de infra-estrutura, falta de profissionais e de equipamentos no sistema de saúde pública; falta de apoio jurídico em casos que necessitem; má remuneração por parte dos convênios de saúde em casos de partos normais; e a própria vontade da mulher no caso da “cesariana eletiva”. Por outro lado, ativistas do parto humanizado defendem que a questão da conveniência, para os médicos, de uma cesariana agendada, não deve ser desconsiderada.

Tentando entender melhor as razões que levam as mulheres a optarem por uma cesariana nos deparamos com um contexto ainda mais complexo. Segundo a pesquisa *Nascer no Brasil*<sup>1</sup>, cerca de 28% das mulheres brasileiras já desejam a cesariana desde o começo da gravidez. Ao final da gestação, esse número é ainda maior. Em hospitais privados, cerca de 67% das mulheres primíparas chegam ao final da gravidez desejando uma cesariana. No caso das múltiparas, esse número chega a 75%. Os motivos de tantas cesarianas eletivas não foram explorados pela pesquisa mas vêm sendo discutidos por ativistas do parto humanizado, profissionais da saúde e antropólogos. A violência obstétrica por exemplo, pode transformar a experiência do parto em uma algo traumático, sofrido e doloroso, segundo Melania Amorim<sup>2</sup> (médica obstetra). Práticas como o jejum, impedir movimentação da mulher, uso de manobras como a de Kristeler, falta de apoio, de métodos não farmacológicos para alívio da dor e de respeito às vontades da mulher podem tornar esse processo fisiológico e afetivo em um processo apenas doloroso, associando-o ao sofrimento. O medo da dor no parto, que já preocupa muitas mulheres (gestantes ou não), pode crescer ainda mais ao se ouvir relatos (ou mesmo ver em filmes ou novelas) de sofrimento intenso durante o nascimento.

1. Pesquisa “Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” (2011): Pesquisa da Fiocruz para estudar os motivos da opção do parto normal ou cesariana, avalia as consequências que pode trazer para a mãe e para o recém-nascido e descreve as estruturas das instituições hospitalares.

2. Fonte: filme “O Renascimento do Parto”(2013)

Esse medo também está atrelado a um medo do desconhecido, por vezes ocasionado por falta de informação sobre o tema, e também à peculiaridade do próprio evento. Trata-se de um evento único, de sensações únicas e que dificilmente serão experienciadas de outra forma. Lida com questões de vida e morte fortemente conectadas entre si, nascimento de um filho e de uma mãe. É um evento intenso e de grandes transformações. O medo pode ser da sensação fisiológica, mas também daquilo que ela representa.

Embora informações, lidas ou ouvidas, sejam importantes para tomadas de decisões, as informações recebidas de forma sensível também têm sua importância. Segundo alguns antropólogos <sup>3</sup>, na sociedade moderna ocidental a cultura tecnicista da medicina domina. Evitamos a dor e o sofrimento através das mais variadas formas e, muitas vezes, fazendo uso da tecnologia. No entanto, ao nos privarmos da experiência da dor, estamos nos privando das informações que são trazidas junto a ela. Ao nos privarmos da experiência da dor, nós a tornamos algo desconhecido.

3. Fonte: livro “Cultura, Saúde e Doença”, de Cecil Helman

No parto, o medo trabalha ao lado da dor. Segundo a doula Mariana de Mesquita <sup>4</sup>, na verdade, trata-se de uma corrente “medo-tensão-dor”. Ou seja, quanto maior o medo, maior a tensão. Quanto mais tensão, maior o estresse, ou seja, maior a relação com sofrimento, e assim, a percepção da dor torna-se mais intensa. Fatores externos, como ambiente e atitude dos profissionais do parto, podem influenciar no medo e tensão, por consequência, na dor. Deve-se, então, proporcionar um ambiente acolhedor e afetivo desde o pré-natal, aliviando medos, agústias e tensão em um processo de preparação para o momento do parto.

4. Informação oral: curso de doulagem do GAMA

É importante lembrar que a cesariana não é uma vilã. Quando necessária, pode salvar vidas. O que se questiona aqui é a opção por cesarianas quando não necessárias, situação essa em que a cirurgia pode trazer mais malefícios do que benefícios.







**definições**

Para um entendimento melhor do texto a seguir, é necessário que se esclareçam alguns termos usados ao longo dele:

***Parto Natural:*** aquele que ocorre, desde o trabalho de parto, de forma natural, sem intervenções, como corte do períneo, aplicação de soro com hormônio sintético, rotura não-expontânea da bolsa, anestesia, raspagem dos pêlos púbicos, etc. <sup>1</sup>

***Parto Humanizado:*** parto natural em que a mulher é protagonista de seu parto, respeitando-se o tempo, desejos, limites, anseios e expectativas de cada mulher. O parto humanizado não é um tipo de parto, mas sim um conceito, “um processo, e não um produto”. <sup>2</sup>

***Parto Normal:*** parto vaginal, porém com intervenções. <sup>3</sup>

***Cirurgia Cesariana:*** Operação cirúrgica que consiste em extrair um feto por meio de uma incisão no ventre e no útero da mãe, geralmente quando o parto natural não é possível. <sup>4</sup>

***Obstetriz:*** Responsável pelo atendimento das mulheres durante a gestação, o parto e o pós-parto. É esse profissional que acompanha todas as fases do ciclo gravídico-puerperal: realiza o pré-natal, assiste e realiza o parto normal e também cuida da mulher no pós-parto. Um profissional médico é convocado em caso de alto risco ou de complicações. <sup>5</sup>



**Enfermeira Obstétrica:** Profissional formado em enfermagem e com especialização em obstetrícia.

**Médico Obstetra:** médico que estuda a reprodução da mulher e investiga sua paciente durante a gestação, parto e pós-parto nos seus aspectos fisiológicos e patológicos. Além disso, este profissional é especialista em cuidar do desenvolvimento do feto e dar assistência à mulher nesse período da gravidez, através dos exames pré-natal. Alguns casos não participam de todo o trabalho de parto, deixando às vezes esse acompanhamento para as enfermeiras dos hospitais ou uma enfermeira da equipe particular.<sup>6</sup>

**Doula:** a palavra “doula” vem do grego antigo sendo atualmente utilizada para definir aquela mulher que auxilia outras mulheres. Vem sendo aplicada para se referir a “mulher com experiência no nascimento, que oferece apoio físico e emocional continuado, além de informações de suporte para as mães antes, durante e após o nascimento.”<sup>7</sup>

1 – CRUZ, A. P. Parto Natural, 2010.

2 – <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=8495> [consultado em 10-06-2016].

3 – CRUZ, A. P. Parto Natural, 2010.

4 – “cesárea”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/ces%C3%A1rea> [consultado em 10-06-2016].

5 – <http://www.each.usp.br/obstetricia/obstetricia.htm> [consultado em 10-06-2016].

6 – <http://www.brasilprofissoes.com.br/profissao/obstetra/> [consultado em 10-06-2016].

7 – Informação fornecida por Daniela Andretto, 2016 [citação de Kennell & Klaus, “Mothering the Mother”].

**Trabalho de Parto:** “Estabelece-se o trabalho de parto quando existem contrações uterinas ritmadas e que provoquem alterações progressivas no colo uterino. Em um conceito mais amplo, considera-se trabalho de parto quando os seguintes parâmetros estiverem presentes: apagamento do colo, dilatação cervical, formação das bolsas das águas, emissão de mucosidade e contrações uterina rítmicas, e em conceito mais simples, quando ocorrem duas contrações em 10 minutos. Sob a ação das contrações, a dilatação se completa e inicia-se a expulsão.”<sup>8</sup>

**Episiotomia:** procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal. É realizado com tesoura ou bisturi e necessita de sutura.<sup>9</sup>

**Períneo:** Espaço compreendido entre o ânus e os órgãos sexuais.<sup>10</sup>

**Primípara:** Diz-se de ou fêmea que vai parir ou pariu pela primeira vez.<sup>11</sup>

**Múltipara:** Que pare ou pode parir mais de um filho de um só parto.<sup>12</sup>

**Nulípara:** Que ou quem nunca pariu.<sup>13</sup>

**ANS (sigla):** Agência Nacional de Saúde Suplementar<sup>14</sup>

**OMS (sigla):** Organização Mundial da Saúde<sup>15</sup>

**Febrasgo (sigla):** Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia<sup>16</sup>

**Sogesp (sigla):** Sociedade Obstetrícia Ginecologia Estado São Paulo <sup>17</sup>

**Puerpério:** Período de várias semanas, posterior ao parto, durante o qual os órgãos genitais femininos regressam à normalidade <sup>18</sup>

**Pródromos:** Podem durar dias ou semanas. A duração e a intensidade das contrações varia bastante. Você pode perder o tampão mucoso e sentir dores nas costas. Para algumas mulheres, os “sintomas” dessa fase são quase imperceptíveis. Para outras, causam dificuldade para dormir ou descansar. <sup>19</sup>

**Tentante:** Mulher que está tentando engravidar

**Apresentação pélvica:** Bebê na posição “sentada”.

**Apresentação cefálica:** Bebê na posição com a cabeça virada para baixo.

**Gestação múltipla:** Mais de um bebê sendo gestado.

8 - <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/23076/assistencia-de-enfermagem-ao-trabalho-de-parto#ixzz4B8YmZQrf> [consultado em 10-06-2016].

9 - <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf> [consultado em 10-06-2016].

10 - “períneo”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/per%C3%ADneo> [consultado em 10-06-2016].

11 - “primípara”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/prim%C3%ADpara> [consultado em 10-06-2016].

12 - “múltipara”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/mult%C3%ADpara> [consultado em 10-06-2016].

13 - “nulípara”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/nul%C3%ADpara> [consultado em 10-06-2016].

14 - [www.ans.gov.br/](http://www.ans.gov.br/) [consultado em 10-06-2016].

15 - [www.who.int/](http://www.who.int/) [consultado em 10-06-2016].

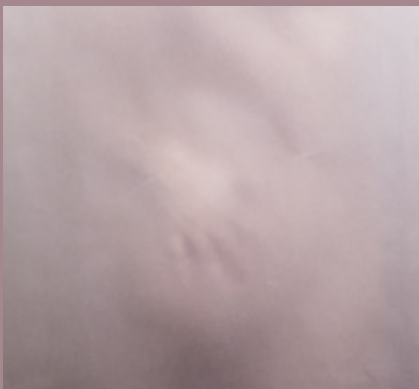
16 - <http://www.febrasgo.org.br/site/> [consultado em 10-06-2016].

17 - [www.sogesp.com.br/](http://www.sogesp.com.br/) [consultado em 10-06-2016].

18 - “puerpério”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/puerp%C3%A9rio> [consultado em 10-06-2016].

19 - <http://casamoara.com.br/fases-do-parto/> [consultado em 10-06-2016].







**materiais e métodos de pesquisa**

O tema deste projeto se trata de um problema de complexidade social e, sob o ponto de vista do pensamento do design, está diretamente relacionado à capciosidade de um *wicked problem*, como afirma Jeff Conklin (SIRAIAMA, 2013). Para Conklin, quanto mais partes envolvidas (*stakeholders*) e quanto maior a diversidade entre elas, maior a complexidade social, pois cada uma dessas partes envolvidas pode ter interesses e desejos diferentes. Tratando-se de um *wicked problem*, é necessário que se entenda da melhor maneira possível todos os interesses e desejos relacionados a ele, para que, dessa forma, alternativas de soluções sejam levantadas e trabalhadas como projeto posteriormente. Por isso, foi necessário que a pesquisa deste projeto abrangesse várias áreas do conhecimento e analisasse os diversos pontos de vista sobre o mesmo assunto.

Como métodos de pesquisa foram feitas pesquisas bibliográficas nas áreas de obstetrícia, psicologia e antropologia, a fim de analisar aspectos da saúde, da psicologia humana durante a gravidez e o contexto histórico dessa área da saúde sob uma perspectiva antropológica. Também foram usadas teses de mestrados e doutorados e artigos publicados em revistas científicas sobre conteúdos que abordam o parto humanizado e sobre o medo do parto.

Entrevistas semi-estruturadas com gestantes e mulheres que recentemente se tornaram mães e questionários *online* também foram aplicados de forma exploratória, tentando identificar questões que ainda não foram levantadas em pesquisas científicas oficiais.

Para entender melhor o mundo da gestante e do parto humanizado, houve a participação em dois cursos para gestantes e acompanhantes e em um curso reconhecido de formação de doulas (GAMA - Maternidade Ativa), porém não foi possível um acompanhamento próximo de uma gestante do terceiro trimestre nem de acompanhamento presencial um nascimento.



Dois documentários fizeram parte da pesquisa videográfica: “*The Business of Being Born*” (2008) e “*O Renascimento do Parto*” (2013). Além desses, diversos vídeos de partos humanizados, vídeos relatando partos, ficções, etc, foram assistidos, a fim de entender melhor os vários modos como um parto pode ser retratado.

Dados oficiais de agências de pesquisa renomadas, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), e de órgãos reguladores de saúde, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) também foram usados para dar respaldo técnico.

De forma exploratória, também foi pesquisado como artistas se expressam sobre o evento da gestação e parto. Há fotógrafos, grafiteiros, cantores e pintores trabalhando com isso. Até exposições informativas e fotográficas já foram feitas sobre parto. Em geral, seus objetivos são sempre baseados em sensibilizar e familiarizar seu público com esse evento, tornando-se assim relevante referência para este trabalho.

Depois de definida a mídia em que o objeto de estudo seria abordado (projeto de exposição), pesquisou-se também sobre como se dá o desenvolvimento desse tipo de projeto, tomando como referência uma dissertação de mestrado que tem como estudo de caso o Museu do Futebol, em São Paulo, e o livro “*Engaging Spaces*” sobre experiências imersivas em exposições, escrito por designers de um escritório europeu renomado. Algumas exposições também foram visitadas ao longo do trabalho, a fim de ver na prática como a teoria lida nesses livros é posta em prática.

# pesquisa videográfica – documentários

Dois documentários, em especial, foram usados como referência para esse projeto: o americano “The Business of Being Born”, direção de Abby Epstein (2008) e o brasileiro “O Renascimento do Parto”, direção de Eduardo Chauvet (2013).



Em *“The Business of Being Born”*, Abby Epstein mostra o cenário obstétrico dos Estados Unidos, trazendo importantes figuras para o parto humanizado, como Michel Odent (ginecologista obstetra e um dos precursores do parto humanizado), Robbie Davis-Floyd (antropóloga médica), Marden Wagner (médico e diretor da “Women’s and Children’s Health” da OMS) e Ina May Gaskin (parteira profissional e diretora executiva do “Farm Birth Center”). Eles mostram como as parteiras foram expulsas do seu campo profissional pela indústria obstétrica dos hospitais ainda nas primeiras décadas do século XX (principalmente década de 1920) e os efeitos a longo prazo de determinadas práticas médicas, as quais, na época, não tiveram estudos aprofundados sobre seus efeitos nas crianças. Além disso, acompanham alguns partos humanizados domiciliares feitos por uma determinada obstetriz (*midwife*) e trazem os relatos das parturientes sobre suas experiências de parto humanizado, como sendo algo empoderador e gratificante.

Alguns médicos ginecologistas tradicionais são entrevistados, assim como residentes de medicina, os quais afirmam que nunca viram um parto normal.

Os médicos ginecologistas, apesar de apresentarem uma postura flexível com relação à opção da mulher e garantirem que um parto normal é mais saudável em relação à cesárea, não aceitam o parto domiciliar (planejado ou não), alegando que não são providos de nenhuma segurança caso ocorra alguma emergência e que não seguem procedimentos técnicos necessários, ao que outros médicos e obstetrites rebatem com exemplos de outros países e mostrando o que fazem em casos de emergências e em que casos os parto domiciliares são aceitos. Também discorrem brevemente sobre a cultura tecnicista na medicina, dizendo que hoje, por causa de diversos motivos, como a busca pela beleza perfeita (cirurgias plásticas), as pessoas se submetem a cirurgias muito mais facilmente, como se fosse algo normal e muito seguro.

## ***“O Renascimento do Parto”***

Em “O Renascimento do Parto”, Eduardo Chauvet e Erica de Paula também contam com a participação de profissionais respeitados no assunto, como Michel Odent, Robbie Davis-Floyd, Ana Cristina Duarte (obstetriz), Heloísa Lessa (enfermeira obstétrica, PhD), Ricardo Jones (médico obstetra), Daphne Rattner (médica epidemiologista, PhD), Melania Amorim (médica obstetra, PhD), Esther Vilela (gestora do Ministério da Saúde) e Naoli Vinaver (parteira e antropóloga). Nesse documentário, focam no cenário brasileiro da violência obstétrica. Apresentam fatores causadores para os elevados índices de cesárea, comuns no Brasil, fatores esses externos à saúde e bem estar da mulher. O sistema nacional de saúde como é gerido hoje e o modo como os convênios de saúde influem na questão econômica do parto, do ponto de vista médico e da mulher, são grandes fatores moldadores do estilo de atenção obstétrica, além de serem externos à saúde da mulher. A cirurgia cesariana traz maior remuneração para o médico dentro de um plano de convênio é um dos pontos apontados no documentário. Outro é a conveniência de uma cesariana (fator também externo à saúde da mulher), que pode ser agendada, não demora, e não traz surpresas para o médico em momentos indesejados. No entanto, apesar de tentarem apresentar argumentos baseados em relatos e em algumas estatísticas, não há dados documentados (no Brasil) que possam provar isso.

É fato, porém, que as taxas de cesarianas estão muito além das recomendações da OMS. Fato esse assumido pelo governo, que vem financiando pesquisas para descobrir as causas reais desses números. Dois desses estudos são a pesquisa Nascer no Brasil, da Fiocruz, e a Pesquisa sobre a Assistência Obstétrica na Saúde Suplementar, da Comissão do Parto Normal da ANS. Esses estudos serão abordados adiante.

A questão da violência obstétrica também é bastante abordada, sendo considerada uma das maiores causas da cesariana eletiva. A mulher, que só ouve relatos de experiências traumáticas, ou que já passou por experiências assim, obviamente terá medo de passar por isso novamente. Por essa conduta estar tão disseminada, a sociedade acaba vendo o parto normal apenas como sofrimento, e não como uma experiência que pode ser prazerosa e construtiva. Para essa sociedade, o normal é assim, e o anormal é o humanizado. Segundo Ricardo Jones, médico obstetra entrevistado no documentário, nesse processo, a cultura contamina a sua auto-estima da mulher, “fazendo-a acreditar que não é capaz, que são incompetentes, fortalecendo [dessa forma] os médicos e as instituições”.

Em uma palestra (22 de maio de 2016) para o evento online Nascer Melhor 2, Melania Amorim (médica obstetra), define o que é a violência obstétrica. Segundo a médica, violência obstétrica pode ser qualquer coisa que impeça o apoio contínuo à mulher durante o trabalho de parto e parto. Para ela, esse momento tão sensível e delicado devia ser repleto de acolhimento, ternura e carinho, mas ao contrário, ela sofre procedimentos que não são baseados nas melhores evidências científicas.

Na palestra, ela cita uma pesquisa divulgada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo, que mostra que 25% das mulheres se percebiam sofrendo violência no momento do parto. Um quarto das mulheres se sentiram agredidas. Porém, Melania atenta para o fato de que muitas delas sofrem e não percebem, aceitam como normal, como já dito anteriormente. Segundo a médica, coisas que podem parecer secundárias ou banais, como falta de privacidade, impedir que tenha um acompanhante (o que vai contra a Lei Federal 11.108), ou palavras que fragilizem ou menosprezem as parturientes e suas sensações e emoções são agressões de violência obstétrica.

**Um quarto das mulheres se sentiram agredidas.**

Melania ainda aponta que a violência obstétrica também tem classe social. Pobres, negras, pardas, lésbicas, transgêneros, meninas, usuárias de drogas e usuárias do SUS sofrem um atendimento considerado bem mais traumático.

Outros profissionais também suportam essa afirmação. Na maternidade Amparo Maternal, a coordenadora do curso para gestantes afirma ter ouvido vários relatos confirmando essa afirmação. Alguns relatos em redes sociais e blogs também foram lidos, confirmando também essa afirmação.

Nas classes mais altas, a violência obstétrica não deixa de acontecer, mas acontece de outras formas, mas camufladas, “mais com cara de cesariana desnecessária” (AMORIM, 2016).

Outra causa de cesarianas é o tipo de atendimento no acompanhamento do pré-natal. A maioria das mulheres brasileiras (dados da pesquisa Nacer no Brasil) começa a gravidez querendo o parto normal, mas é ao longo do pré-natal que suas opiniões mudam. Para Ana Cristina Duarte (obstetriz entrevistada no documentário), essas opiniões podem ser facilmente manipuladas por especialistas, seja esta afirmação realizada fortuitamente ou com intenção de conduzir uma escolha, em comentários sutis, como: “Nossa, que bebezão, será que passa? Difícil o bebê grande assim”, “Ah, você quer parto normal? Parabéns, porque dói bastante! É muito difícil. Você é bem corajosa!” minando a coragem das mulheres.

O documentário deixa claro que o problema não é a mulher escolher fazer uma cesariana, mas ser manipulada, sem informações ou com informações erradas, sem lhe ser oferecida nenhuma opção, e ser deparada com uma falsa dicotomia: parto vaginal violento vs cesariana segura e confortável. Para os profissionais entrevistados no documentário, nenhuma dessas opções é totalmente verdadeira. Para eles, é preciso esclarecimentos para as mulheres.



### ***“Parto Natural Humanizado” (COREN)***

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) também realizou um pequeno vídeo (cerca de 15 minutos) sobre o cenário obstétrico brasileiro, sob direção de José Gaspar. Esse mini documentário mostra também a importância emocional de se ter um acompanhante, de se ter um parto humanizado, criando um laço de família muito forte. A enfermeira Andrea Porto (conselheira do COREN-SP) também resalta que o grande medo da mulher é o medo da dor, e que no parto humanizado, está sendo provado que, por ter acompanhante e por serem aplicadas técnicas não farmacológicas de alívio da dor pode diminuir a sensação de dor, sendo que na cesárea a mulher pode até não sentir dor no momento do parto em si, mas que há sim dor no pós parto e riscos inerentes a qualquer cirurgia e a qualquer medicação. A cesárea é uma cirurgia salvadora, sim, mas quando é necessária.

# entrevistas

Tentando entender melhor alguns pontos de vista sobre o evento do parto, foram feitas entrevistas com uma gestante, cinco mães de filhos pequenos, uma ginecologista e uma doula e psicóloga de gestantes, além de algumas conversas informais com diversas pessoas. As entrevistas duraram, em média, uma hora cada, e as entrevistadas eram orientadas desde o começo da entrevista a lembrarem sempre de comentar também sobre as emoções e sensações pelas quais passaram.

Em muitas das entrevistas, as mães se emocionaram ao contar suas histórias de gestação e parto e compartilhar suas experiências. Algumas chegavam a lacrimejar. Isso mostra como esse é um momento sensível da mulher, de grandes emoções e sensações quase indescritíveis. Não apenas as mães, mas a médica ginecologista entrevistada também se emocionou ao contar como foi o primeiro parto que presenciou e o seu próprio parto.



A médica explica que, na primeira vez que viu um parto (ela não lembra se era normal ou cesárea), ela sentiu uma “onda de emoções muito fortes” e se apaixonou naquele momento. Segundo ela, ainda é o que sente em cada parto. Explica ainda que hoje, com a maturidade na profissão, sente-se mais como uma “observadora” de um processo natural, e suas responsabilidades vão até determinado ponto, assim como as responsabilidades da mãe, mas há coisas que não são responsabilidade de nenhuma das partes. Por isso, ao mesmo tempo que considera um “processo natural”, também diz que é, sim, um “processo médico”, pois a sociedade não aceita mais a morte ou qualquer outra “tragédia” como algo natural. A médica mostrou-se bastante sensível em relação aos sentimentos das pacientes. Há uma relação de empatia de ambas as partes. A médica chora junto com as pacientes e tenta consolá-las e, ao mesmo tempo, as próprias pacientes tentam consolá-la, numa relação de troca.

Quando questionada sobre os tipos de parto e se há preferência por algum deles, ela diz que não. Para ela, não há diferença entre as vias de parto. É como se “você tivesse a opção de sair pela porta da frente ou pela porta dos fundos [de uma casa]”. Diz que não há maiores riscos na cesárea, “como dizem por aí”, e argumenta que há estudos que comprovam isso. Argumenta também que o médico brasileiro consegue fazer cirurgias muito bem, sem muita perda de sangue, corte pequeno, e de forma segura. Complementa que “a dor de parto é cruel”. Levanta a questão: “Se a mulher não quer uma pessoa saindo pela vagina dela, qual o problema?”. Isso sugere que o atendimento dessa médica pode ser humanizado em alguns aspectos, mesmo que não concorde com alguns estudos defendidos pelos profissionais do parto humanizado, por respeitar a vontade da mulher. Para ela, “o melhor parto é aquele que dá tudo certo”, mas lembra que o processo ativo pode durar de 8 a 12 horas, que é cansativo, tem que fazer força, que pode acontecer de, na hora, a ida para o hospital pode ser dificultada por trânsito, falta de meios de transporte, etc.

**“(...) por mais que elas pesquisem,  
ainda será algo desconhecido para  
elas, então continuarão com medo.”**

Essas informações são fatos que podem deixar a mulher insegura, podendo levá-la a uma cesariana eletiva. A médica defende que, para mulheres com limitações de locomoção (falta de carro disponível, longa distância até o hospital, trânsito, etc) a cesariana eletiva é a melhor alternativa e que não é justo que essas mulheres sejam julgadas por não esperarem o trabalho de parto espontâneo. “Se o parto não for lesivo, o que importa por onde [o bebê sai]?”. A cesariana eletiva também é defendida para aquelas que, por trabalharem muito e até o final da gravidez, estão exaustas e querem apenas descansar, porque “não aguentam mais”. Portanto, a grande maioria das cesarianas são eletivas e “muito porque a gente vive em São Paulo, uma cidade grande, com muito trânsito, e, bom, porque cansa, não aguenta esperar, fica cansada porque trabalha muito”.

Nesse momento, a médica faz questão de mostrar sua opinião sobre o parto domiciliar. Ela diz que é grave e perigoso e defende que é um direito “à boa assistência” negado ao bebê por modismo. Ela se refere às mães que têm seus filhos em casa como “doidas”. “Não é uma questão ideológica. É uma questão de direito daquela criatura [o bebê]”. Sob seu ponto de vista, não há diferença se “é de cócoras, se é de costas, se corta ou se não corta, se tem música, se não tem música, se tem doula ou não, o importante é se está no hospital”.

Por trabalhar atendendo na rede pública e privada, ela aponta diferenças e várias falhas do sistema público. Segundo ela, “o paciente é mal tratado em todos os aspectos, tanto técnico quanto psicológico, tudo ruim”, mas continua trabalhando na rede pública por ser um hospital escola, ajudando-a a manter-se atualizada e ter mais contato com casos mais difíceis, de emergência.

A médica foi questionada também sobre o estado emocional e psicológico das mulheres durante a gestação. “Ela fica instável”. Compara com uma Tensão Pré Menstrual (TPM) de nove meses. Ela diz que esse estado é igual durante toda a gravidez, mesmo no final dela. O que muda no final da gravidez são os medos.

Ela diz que no começo da gestação, o medo mais comum é o do aborto. Na metade, elas ficam bem confortáveis. E no final, ficam com medo do parto, da dor do parto. “A dor do parto é o terror de toda grávida”. E completa que, nessa hora, não há parceria, por mais que o marido, mãe, sogra, amigos, a ajudem durante toda a gravidez. “Essa bronca é tua”. E, portanto, a gestante é quem escolhe a via de parto.

A informação, para a médica, está acessível e as mulheres vão atrás dessas informações. Elas lêem livros, revistas, assistem filmes, etc, mas isso ainda “não preenche o vazio”, ou seja, por mais que elas pesquisem, ainda será algo desconhecido para elas, então continuarão com medo. “A vivência é que vai te ensinar. Por mais que ela tenha informação, ela não sabe o que fazer com essa informação”. Segundo a médica, “o seu espírito não está maduro [para lidar com aquela informação]” e por isso o vínculo com a médica é muito consolador. É alguém da confiança da mulher e que, caso aconteça alguma coisa, ela vai fazer o melhor por ela. Para a médica, esse é o motivo pelo qual muitas das gestantes, algumas vezes, não querem sua opinião médica, mas saber como foi o parto dela. Ela concorda com a afirmação de que o que as mães mais procuram e pelo que elas são mais influenciadas são relatos de outros partos de pessoas em quem confiam, muitas vezes mais até que informações de fontes médicas. “A gente é uma coleção de experiências. As nossas atitudes são reflexo da nossa coleção de vivências”.

“Antes mesmo de eu ficar grávida, eu já sabia o parto que eu queria ter”. A entrevistada Dani Takara, 33 anos, teve seu parto domiciliar planejado aos 32 anos. Ela conta que várias amigas já tinham passado pelo parto domiciliar e que, por isso, acabou ficando com vontade. Antes de engravidar, Dani já havia se pesquisado bastante sobre o assunto. Logo, quando ficou sabendo da gravidez, diz que não tinha “nenhuma dúvida” e que estava bem calma e segura. Ela contratou a obstetriz Ana Cristina Duarte, bem famosa e reconhecida em sua área, e conta que, normalmente, as gestantes procuram essa obstetriz cheias de dúvidas e “querendo que a Ana Cris convença elas de fazer parto humanizado”. Já a Dani tinha certeza de que queria um parto domiciliar humanizado e que queria essa obstetriz para auxiliá-la. Segundo a entrevistada, parir em casa é quase como um status que ela queria atingir dentro de uma comunidade “sub classe média hippie Vila Madalena” (ela lembra que “parto humanizado em casa não é pra qualquer um, e isso é um problema dentro do parto humanizado”). Outro motivo era o desgaste e incômodo de ter que ir para um hospital em pleno trabalho de parto que ela queria evitar.

Essa mulher é um caso em que somente a informação, os relatos de suas amigas e a confiança na obstetriz já bastaram para que se sentisse totalmente segura. Para ela, foi essa segurança que a fez não sentir tanta dor na hora do parto. Ela conta até que gostaria de ter tido mais dor, talvez porque entendesse que, dessa forma, viveria o parto de forma mais intensa.

Para Dani, a gestação não é apenas do bebê, mas de mãe também. Ela diz “Eu lembro que eu gestei a minha maternidade. Quando eu entrei em trabalho de parto eu ainda não estava muito consciente de que eu ia virar mãe.” Para ela, é como se a transformação do corpo fosse indicando também uma transformação interna da mulher.



Ela conta que sempre foi muito racional, e que até a obstetriz Ana Cristina Duarte achou que era uma “máscara” usada muito comumente pelas mulheres que estão com medo para convencerem-se de que está tudo sob controle.

Porém, segundo ela, ela não sentiu dor. Ela explicou que nunca teve medo da dor, e que, por ter muitas amigas que já passaram por isso, algumas delas explicaram vários pontos de vista sobre a dor. Por exemplo, uma delas afirma que dor é uma construção cultural, que muitas culturas não entendem dor como nós entendemos. Segundo essa amiga, nós entendemos dor como algo ruim que deve ser curado. No entanto, o que se sente na hora do parto não é dor, mas sim músculos “que nunca trabalharam antes, trabalhando”, ou seja, algo desconhecido para o corpo. Diz que não se deve entender a dor como sofrimento, mas como seu corpo se movimentando em lugares que nunca se movimentou, e que não se trata de uma doença, mas de um parto. Mentalizando isso, Dani conseguiu aceitar a dor, “Pode doer que eu não tenho medo (...) porque na verdade não é dor”.

63

Ela ainda levanta a ideia de que medo é uma coisa construída pela mídia da nossa sociedade, com as novelas, filmes, etc. retratando a dor como sofrimento intenso e como se a “dor fosse a pior dor do mundo”. Ela conta que leu em algum momento um livro (“A Religião dos Tupinambás”) sobre antropologia em que o autor descrevia o evento de um parto em uma tribo indígena. Ela diz que os sentimentos que fluem pela mulher indígena é outro e o ritual de nascimento é outro também.

Para essa mãe, seus maiores medos eram de fazer parto hospitalar ou ter que passar por uma cesárea. Ela lembra de uma cirurgia pela qual passou e que ficou dolorida no pós operatório. Vendo isso, a enfermeira disse “Nossa, não foi nada. Espera uma cesárea”. A mensagem ficou na cabeça dessa mãe aterrorizando-a durante toda a gestação até o dia em que sua filha nasceu. Por causa disso, ela conta que “odiou” a gestação.

**“Pode doer que eu não tenho medo (...)  
porque na verdade não é dor”.**

Dani conta que fez bastante atividade física durante a gravidez, como ioga, pilates e caminhada, porém, por ter sido sempre sedentária, não acreditava muito na eficiência desses exercícios. Ela admite que era “maria-vai-com-as-outras”. No entanto, também admite que essa preocupação com uma vida saudável, a qual nunca teve, a deixava estressada. Mas se defende dizendo que preferia que seu corpo estivesse saudável, e não a sua mente. Vê-se que ela entende mente e corpo como coisas separadas e não conectadas, o que não chegou a interferir no bom andamento do trabalho de parto e parto, como é defendido no curso de formação de doulas (melhor explicado mais adiante).

Sobre o atendimento que recebeu de sua doula, ela não considera que foi satisfatório. Ela diz que a doula não teve sensibilidade para lidar com Leandro, marido da Dani, que é surdo. Ela admite que, quando a contratou, não sabia muito bem o que uma doula fazia, e tinha muitas dúvidas sobre esse serviço. O critério decisivo que a fez contratar essa doula foi que a doula tinha um filho autista, logo, teria mais sensibilidade para lidar com pessoas deficientes.

Para ela, o parto humanizado vem ganhando força no últimos tempos por conta de uma classe média branca “neo-hippie”, “alternativa”, “orgânica”, “conscientizada” e instruída que vem crescendo ao longo das últimas décadas e consumindo produtos que a qualifiquem como tal. O feminismo e empoderamento feminino que são um assunto bastante recorrente nesse meio também é importante para o parto humanizado. No entanto, ela admite que é restrito a uma classe mais elevada. Conta que gastou mais ou menos 12 mil reais, e que é muito difícil levantar esse dinheiro em nove meses.

Mãe de 33 anos, Joana teve seu filho aos 33. Por ser originalmente de Campinas, Joana não tinha uma médica ginecologista de sua confiança em São Paulo. Conta que costumava voltar para Campinas toda vez que fazia uma consulta de rotina. Porém, ao se ver grávida, precisava do acompanhamento de uma médica mais próxima. Pediu, então, indicação de amigas e achou uma. Essa primeira médica, no entanto, não poderia acompanhar a gestação até o final pois viajaria na época do parto. Indicou, então, uma colega de sua confiança. Joana diz que gostou da médica, mas logo no começo da gravidez a médica identificou uma pequena anomalia (que depois se normalizou naturalmente), e disse à Joana que muito provavelmente ela teria um aborto. Com um início de gestação tão conturbado, Joana não conseguiu “curtir” o começo da gravidez, ficava apreensiva com medo de não “vingar [o feto]”, e, por isso, nem contou à família e aos amigos. Ela diz que chorou muito, como se, de fato, tivesse tido um aborto. Ela conta que pensava “Estou chorando por uma coisa que eu nem tenho, que é do tamanho de um gergelim”. Joana diz que a médica foi insensível ao dar a notícia daquela forma, como se o aborto fosse algo certo de que aconteceria. Não teve a empatia de ser mais delicada com o assunto, e isso abalou seu “relacionamento de confiança nela como profissional”. Ela diz “No começo, a mulher está super sensível e ela fala daquele jeito?”. No entanto, Joana continuou se consultando com essa médica.

Joana contou ainda outro episódio posterior de desapontamento com a postura da médica. A obstetra pediu um exame, desconhecido por Joana, e não explicou sobre o que se tratava. Achando estranho, Joana pesquisou na internet sobre o que se tratava o exame. Ela não se lembra do nome do exame, mas descobriu que o exame apenas indicava a probabilidade de que o bebê nascesse com deficiências genéticas.

Joana conta que não gostaria de ter tais informações, pois, mesmo sabendo das probabilidades, não haveria nada que pudesse ser feito para reverter o fato, e apenas a deixaria mais apreensiva durante toda a gestação. Ao reclamar com sua médica sobre sua postura, a médica se justificou dizendo que sempre pedia tal exame a todas as mães, e que, já que há essa tecnologia, não vê motivos para que não o fizesse. Joana expõe sua opinião de que saber dessas probabilidades ou não é uma escolha pessoal da mãe, e que a médica deveria tê-la consultado antes.

A entrevistada diz que só ficou mais aliviada quando, pelo ultrassom morfológico no terceiro trimestre, conseguiu escutar o coração do bebê. Ela pensou “Agora tenho certeza de que estou grávida”. Conta que, até ali, toda vez que passava por um ultrassom ela ficava tensa, pensando “Vou ter uma notícia ruim”, e que só depois desse exame ela conseguiu “curtir mais a gravidez”. Nota-se que Joana esteve apreensiva durante quase toda a gestação, sentindo alívio e segurança apenas no terceiro trimestre. Tudo isso por conta de uma informação passada de uma maneira pouco sensível logo no início da gravidez.

Sobre a escolha da via de parto, Joana sempre esteve aberta às opções. Sempre quis tentar entrar em trabalho de parto e tentar o parto normal, mas dizia “Vamos ver no que dá. Depende do momento, da hora do parto, do que eu estiver ‘a fim’”. Se demorasse muito ou sentisse que estava sofrendo, iria optar pela cesárea. Sabendo disso, a médica sugeriu fazer uma fisioterapia própria para fortalecer a musculatura e poder fazer “o esforço certo” no parto. A médica disse que, por causa da idade “avançada” de Joana, teria que fazer os exercícios. Joana diz que nunca sentiu-se pressionada pela médica a agendar uma cesariana. No entanto, seu filho nasceu com 41 semanas sem que Joana entrasse em trabalho de parto. Internacionalmente, o limite para o bebê nascer é de 42 semanas, mas que, por risco de ter a placenta envelhecida e pelo bebê ainda não estar encaixado, a indução do parto não adiantaria, então, a médica considerou que seria melhor agendar a cesariana.

**“(...) Não sei se é a tecnologia ou meu corpo”**

Joana aceitou a cesariana, pois, segundo relata, já estava num alto nível de ansiedade em que achou melhor aceitar. “Já passei por tudo, já andei até aqui, sei que ele [o filho] está bem. Eu ia ficar mais tensa na 42a semana. E sua médica falando que é mais arriscado com a placenta velha (grau 3)”. Ela pensava “Hoje ele mexeu pouco. Só porque eu quero um parto normal eu vou até as últimas consequências? Não aguento mais esperar”. Os argumentos da médica somaram-se à ansiedade e ao medo de Joana e a levaram a aceitar a cesariana.

Hoje ela conta que ficou chateada com o desfecho, que queria saber como é passar pelo trabalho de parto. “Você passa pela gestação e tal e quer ver o final, quer sentir as contrações, ele vindo. Mesmo que não desse certo, você quer passar por aquilo”. Contudo, diz que não se sentiu frustrada. Conta que, conversando com sua amiga, a amiga diz que sentiu-se “menos mulher” por não ter conseguido que seu parto fosse normal. Para Joana isso não faz sentido.

69

Joana relata também o quão importante para ela foi ter seu marido ao lado durante a cirurgia. Ela tinha medo de passar por cirurgias e estava apreensiva no começo, principalmente quando preparava-se para a cirurgia, tendo que deitar na maca e com as “luzes passando no corredor”, mas que tranquilizou-se quando o anestesista, depois de ter aplicado a anestesia, conversou com ela e explicou como ia ser o processo. Pelo fato de o marido estar ao seu lado, conta que teve a sensação de “Estou entregue”, o que a tranquilizou também.

Depois da retirada do bebê, ela conta que “Na hora que ela [a médica] me deu o bebê eu não chorei. Só pensei ‘ufa, está tudo bem’, o que me deu um alívio”. Conta ainda que “A emoção só veio quando ele [o marido] abriu a janelinha [da sala de cirurgia] e estava todo mundo lá”.

Sobre a cirurgia, Joana diz que não sentiu dor, e que a recuperação foi rápida.

“Minha cicatriz é super pequena, não inchei... Não sei se é a tecnologia ou meu corpo”. Diz que após 5 dias, já estava normal. Ela relata que seu medo era muito maior do que o que realmente aconteceu.

Para Joana, a pior parte foi a amamentação. Conta que doía muito e que seu peito chegou a “empedrar”. Quando isso aconteceu, mandou uma mensagem para a médica perguntando o que estava acontecendo. Uma amiga indicou uma enfermeira para que auxiliasse ela nesse momento. Joana conta que a enfermeira mostrou-se pronta para ajudar e, no dia seguinte, apareceu. “Ela [a enfermeira] era oriental, senti confiança no que ela falava, e, ao mesmo tempo, ela era muito delicada. Ela era totalmente natural”. Nota-se que Joana simpatizou com a enfermeira logo no início, tanto por preconceito (“ela era oriental”) quanto por empatia (“ela era muito delicada”).



### ***Lu Fávero (Gestante)***

Lu estava na primeira gestação (37 semanas), mas parece ter pesquisado bastante sobre o que vem sendo discutido sobre partos atualmente. Ao conversar com ela, nota-se que ela conhece termos bastante usados por apoiadores do parto humanizado, como “protagonismo no parto”, “taxas de cesáreas” e o termo “violência obstétrica” ao qual deu exemplos do que considera como sendo de violência obstétrica (“episiotomia desnecessária”, “manobra pra tirar o bebê de dentro”, etc). Conta que isso a influencia bastante quanto à escolha de tipo de parto, local do nascimento, médicos, etc.

Sua preferência inicial é ter seu parto humanizado, porém, conta que não é algo tão acessível. “Pagar equipe de parto humanizado, pagar hospital de parto humanizado, não é uma brincadeira que saia por menos de vinte mil reais”. Portanto, procurou alternativas e chegou ao Hospital das Clínicas, pelo SUS, embora tenha uma médica de confiança pelo convênio médico. Relata que o atendimento do Hospital das Clínicas é bastante atencioso, “bastante humano”, e que tem achado bastante satisfatório. Como critério de escolha de hospital, Lu procurava aqueles com baixas taxas de cesárea e que tivessem salas de pré-parto, mas conta que, pelo que pesquisou, a maioria não tinha. Chegou a visitar alguns que seu convênio cobria, e diz que “era claro que os médicos e enfermeiros não se preocupavam com o bem-estar emocional [da parturiente]”. Além disso, sua médica do convênio não atendia em nenhum desses, o que foi mais um motivo pra que mudasse para o Hospital das Clínicas.

A entrevistada conta que acompanhou algumas amigas durante as gestações delas. Comparando os relatos daquelas que passaram pelo parto humanizado e daquelas que passaram pelo atendimento tradicional, Lu sentiu-se mais identificada com o parto humanizado, por cuidar também do emocional da paciente.

Para Lu, sua maior expectativa durante toda a gestação está sendo sobre como lidar com ansiedades em geral. Em relação à sua vida profissional e também demonstrou ansiedade sobre o bem-estar do bebê e sobre como o bebê seria. “Imagina, você está gerando uma pessoa que você não conhece, e você só vai descobrir quem ela é enquanto ela estiver se descobrindo também”.

Em relação ao parto, Lu não gostaria de passar por uma cesárea, e diz que gostaria que fosse o menos violento possível, “Porque você escuta umas histórias muito aterrorizantes”. Gostaria também que o trabalho de parto fosse rápido, pois já soube de casos que demoraram mais de 20 horas. Ela entende que, optando pelo Hospital das Clínicas, não terá um atendimento mais privativo, como gostaria inicialmente. Mas consola-se com a possibilidade de ter seu marido como acompanhante a todo momento do trabalho de parto. Também preocupa-se com sua própria ansiedade, pois sabe que isso influencia se o bebê nascerá “fora do tempo”. Conta que, com seis meses de gestação, “o bebê quis nascer”. Ela mandou uma mensagem para sua médica do convênio, que a mandou pro hospital imediatamente. Descobriu então que se tratava de uma infecção urinária avançada, e que isso induzia o parto, mesmo que prematuramente. Isso a deixou bastante assustada, o que a deixou com mais medo e cautelosa.

Lu afirma que seu único medo em relação ao parto é sobre a violência obstétrica e diz que não tem medo da dor. Ela afirma que tem se preparado para o momento do parto fazendo exercícios e praticando pilates e ioga regularmente. Ela ressalta a importância que esses exercícios tem em sua melhora emocional. Diz que, trabalhando o corpo, consegue acalmar a sua mente também, e sente-se mais no controle da situação, o que é importante para ela.

**“era claro que os médicos e enfermeiros  
não se preocupavam com o bem-estar  
emocional [da parturiente]”**

A entrevista com Daniela foi por telefone e, por esse motivo, não foi possível que se gravasse a entrevista para melhor análise posterior.

Daniela diz que o medo da dor, normalmente, não acaba em si mesmo, mas está relacionado a outras questões mais profundas e é apenas uma porta de entrada para tais questões. Essas questões estão comumente relacionadas à segurança na equipe médica, ou ao apoio familiar sobre aquela gestação, ou até a uma desconfiança no sistema de saúde como um todo.

Em um tratamento psicológico, segundo ela, a melhor forma de tratar o medo da dor é tratando as questões relacionadas primeiro. Para isso, tenta-se descobrir com o que a paciente envolve a dor, o que a dor representa para ela. Dessa forma, pode direcionar a paciente para que busque informações relevantes a essas questões, procurando formas de aumentar a confiança dessa paciente.

Porém, ela reconhece que essas questões podem ser difíceis de se tratar e não serem resolvidas até o momento do parto. Portanto, como doula, ela tenta explicar para a gestante que a dor vem como um fator de proteção, e que a mulher dispõe de várias opções para lidar com a dor, como anestesia, massagens, exercícios, etc, e que ela tem a flexibilidade de mudar de opinião ou pedir qualquer desses métodos de alívio da dor a qualquer momento do trabalho de parto. Mas lembra que, como doula, ela não deve se “intrometer” nas decisões da gestante. Conta que, quando se depara com uma mulher que optou por um parto sem intervenções mas que na hora do trabalho de parto está com tanta dor que começa a pedir por intervenções ou até cesariana, o dever dela é lembrar essa parturiente dos motivos pelos quais ela optou por um parto sem intervenções.

**Daniela defende que o medo da dor também tem muita relação com a violência de gênero. As mulheres crescem em uma sociedade que acredita que o corpo da mulher é imperfeito, insuficiente. Logo, no parto, não será diferente. A mulher não terá confiança no próprio corpo. E, como a medicina é majoritariamente masculina, o profissional médico também acaba subestimando a mulher.**



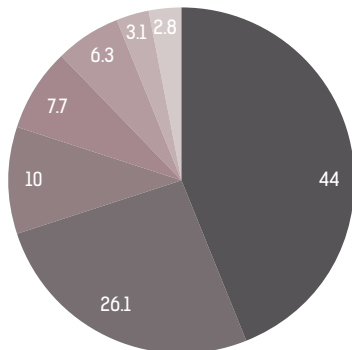
Vê-se que talvez haja um certo caráter de modismo nesse movimento do parto humanizado. Mas isso não nega sua importância e seus benefícios. Reafirma-se também a ideia de que cada parto é um parto, e que é muito difícil prever como será o evento. Outra coisa que é interessante notar que muitas mulheres comunicavam-se com sua médica ou obstetrix através de mensagens pelo Whatsapp, deixando-as mais tranquilas a qualquer momento do dia. Nota-se também que todas buscavam ajuda em outras mães que já passaram por uma situação parecida, entendendo que não são as únicas com aqueles problemas, como a Doutora Claudia mencionou sobre a importância sobre as vivências dos conhecidos.

# questionário *online* de caráter quantitativo

A fim de validar a hipótese de que o medo da dor no parto é de grande influência na escolha da via e parto, foi aplicado um questionário *online*, publicado em oito grupos de gestantes, tentantes e mães de bebês, que engloba mulheres de diversas personalidades e estilos de vida, e em oito grupos de parto humanizado e de empoderamento feminino, englobando mulheres com alguma consciência humanista e/ou feminista. Também foi publicado em grupo da comunidade USP e da comunidade FAUUSP, assim como no perfil pessoal.







p: Você tem/teve medo da dor do parto vaginal?

r: 44% Sim, mas não é um dos meus maiores medos.

26,1% Sim, é uma das minhas maiores preocupações.

10% Não tenho/tive medo.

7,7% Não, já superei.

6,3% Sim, nunca passaria por isso.

3,1% Não nunca passou pela minha cabeça

2,8% Outros.

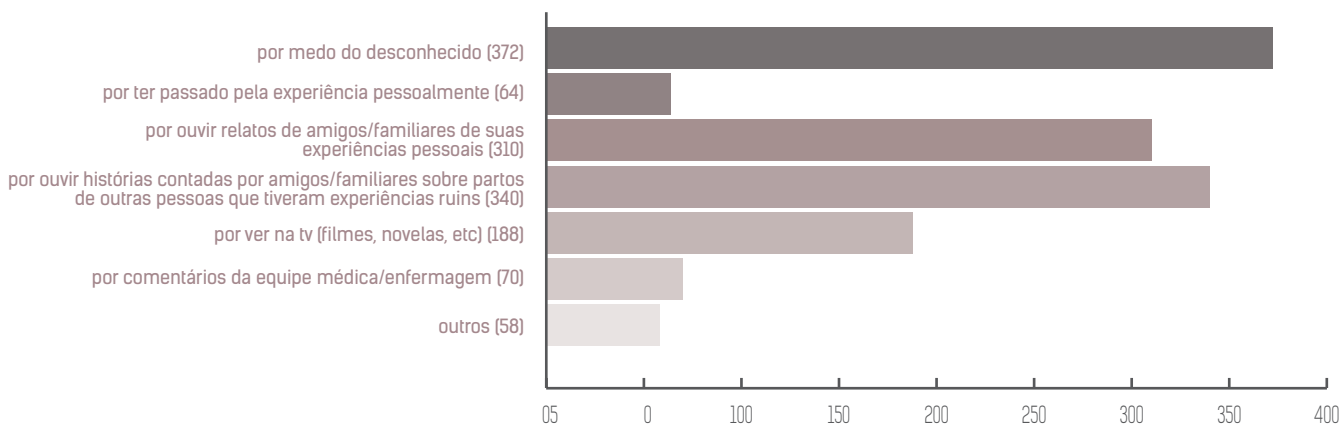
Em cerca de apenas nove horas, obteve-se 756 respostas, o que demonstra que muitas mulheres se mobilizaram para responder esse questionário.

Algumas até pediram pra que o questionário fosse aberto novamente para que pudessem responder e compartilhar seus pontos de vista.

Outras pediram para que o resultado fosse publicado. Essas mulheres demonstraram grande interesse pelo assunto, o que já indica sua relevância para o tema.

Das 756 respostas, 76,4% declararam que sentem ou sentiram medo da dor, sendo que 63% declararam que nunca passariam por um parto normal, 26,1% caracterizam o medo da dor como uma das principais preocupações e 44% declararam que sentem, mas não é uma das principais preocupações. Ou seja, mesmo que não seja a principal preocupação, 76,4% das mulheres passam por esse medo, influenciando a via de parto. O final do questionário mostra que quase 21,8% declararam que optariam pela cesária por não conseguirem superar esse medo. Número quase igual às que declararam que procurariam profissionais do parto humanizado (23,5%) - talvez porque o questionário tenha sido disponibilizado também em uma comunidade de parto humanizado. Ainda com uma porcentagem próxima, a maioria declarou que seguiria com o parto vaginal mesmo com medo (26,7%). Essas últimas duas parcelas (50,2%) mostram que ainda assim, como apontado pela pesquisa Nacer no Brasil, a maioria das mulheres pretende ou gostaria de experimentar o parto vaginal.

Como causas desse medo, 55,9% disseram ter medo por ser algo desconhecido, 51,5% por ouvir histórias contadas por amigos e familiares sobre partos de outras pessoas que tiveram experiências ruins, 46,6% por ouvir relatos de amigos ou familiares sobre suas experiências pessoais, 28,3% por ver na TV (filmes, novelas, etc), 10,5% por comentários da equipe de saúde, 9,6% por ter passado pela experiência pessoalmente e 8,7% por outros motivos.



Somando-se as alternativas “Por ouvir relatos de amigos/familiares de suas experiências pessoais”, “Por ouvir histórias contadas por amigos/familiares sobre partos de outras pessoas que tiveram experiências ruins” e “Por ver na TV (filmes, novelas, etc)”, pode-se então dizer que a maioria das causas está relacionada a relatos, modos como as histórias são contadas, sejam elas contadas por alguém que a mulher conhece e confia ou vistas na TV. A imagem de alguém sofrendo, gritando por causa de uma dor imensa que começou repentinamente, que desesperadamente entra em um hospital (pois seu bebê está quase nascendo), grita de dor cada vez mais, e que ao sair do hospital está aliviada, feliz e com seu bebê nos braços é uma imagem que está no imaginário feminino para o momento do parto. E essa imagem é amplamente disseminada pela TV, seja por filmes, novelas, propagandas, etc.

Os relatos de amigos e familiares muitas vezes tem peso ainda mais forte, como a maioria das informações “boca-a-boca”, pois vem de alguém que a pessoa conhece e confia. Quando são experiências pessoais tem valor ainda maior, pois se configura uma realidade ainda mais próxima e aparentemente paupável da pessoa que está recebendo a informação. É possível e cabe dizer que essas experiências ruins, seja da própria pessoa, ou de algum conhecido dela, podem também estar relacionadas à violência obstétrica, violência essa muito comum no atendimento ao parto no Brasil, como explica Melania Amorim (médica obstetra PhD) em sua palestra no II Congresso Online Nascer Melhor. Segundo ela, essa violência pode estar tão enraizada na nossa cultura que muitas mulheres nem sabem que sofreram.

No entanto, nota-se também que a alternativa mais escolhida foi “Por medo do desconhecido”, sugerindo que a falta de conhecimento e da vivência são importantes fatores para o medo da dor.

Ao serem questionadas sobre se e como conseguiram superar ou lidar com o medo da dor, 53,3% disseram que buscaram informações sobre métodos de como lidar com a dor em si, 49,9% ouvindo relatos de pessoas que passaram pelo mesmo processo de medo da dor e como elas lidaram com isso (mostrando novamente como relatos e informações pessoais são importantes), 34,5% contando com ajuda do(a) companheiro(a), 29% contando com ajuda de uma doula (o que talvez represente mais as mulheres dos grupos do Facebook de parto humanizado e empoderamento feminino), 17,9% contando com ajuda da equipe médica ou enfermagem, e apenas 11,7% participando de aulas de yoga ou outras terapias corporais e mentais.

No entanto, essa questão obteve apenas 403 respostas, o que pode sugerir que muitas não souberam superar ou lidar com esse medo. Porém, a próxima questão obteve 536 respostas, indicando que 183 mulheres não responderam à questão por não terem passado pela situação para que tomassem uma atitude no sentido de buscar ajuda, ou responderam às duas questões indevidamente, invalidando algumas respostas.

A próxima pergunta questiona “Caso não tenha conseguido (superar/lidar com o medo da dor), qual dessas alternativas você seguiria?”. Como dito anteriormente, 26,7% declarou que seguiria com o parto vaginal mesmo com medo. 23,5% procuraria a ajuda de profissionais do parto humanizado; 21,8% faria cesárea eletiva; 16,6% procuraria terapias/exercícios corporais para ajudar a minimizar as sensações de dor na hora do parto vaginal; 6,3% não teria filhos; e 2,8% procuraria aconselhamento profissional psicológico.



A partir dos comentários livres e opcionais ao final do questionário notou-se também algo que já estava sendo percebido em entrevistas e conversas informais. As mulheres gostam, sentem prazer, em contar suas histórias de parto. Mesmo aquelas que tiveram experiências ruins. E emocionam-se ao contar. Muitas choram, dizem que é como se estivessem vivendo suas experiências novamente. Cento e seis mulheres fizeram comentários ao final, sendo que a maioria foram em relação às próprias experiências de parto.

Também a partir dos comentários, muitas mulheres declararam que o maior medo não é da dor, mas da violência que podem sofrer. Talvez essas mulheres já sejam iniciadas no tema do parto humanizado, pois esse é um termo pouco conhecido e pouco disseminado por mulheres em geral, sendo mais comumente usado por profissionais, ativistas ou qualquer outra pessoa um pouco mais aberta a essas discussões.

Esse questionário será usado apenas para que se tenha uma noção mais precisa do cenário obstétrico em relação ao medo que as mulheres tem. Por limitações da ferramenta utilizada (Google Forms) e pouco controle das respostas, alguns dados podem ter sido distorcidos. A exatidão dessa pesquisa não será considerada.

# visita às maternidades

Foram visitadas duas maternidades e uma casa de parto durante a pesquisa de campo. As maternidades visitadas, por ordem cronológica, foram o Hospital e Maternidade São Luiz, unidade Itaim, e a maternidade pública Amparo Maternal, próximo ao metrô Santa Cruz. A casa de parto visitada foi a Casa Angela, no Jardim Monte Azul, próximo ao metrô Giovanni Gronchi.





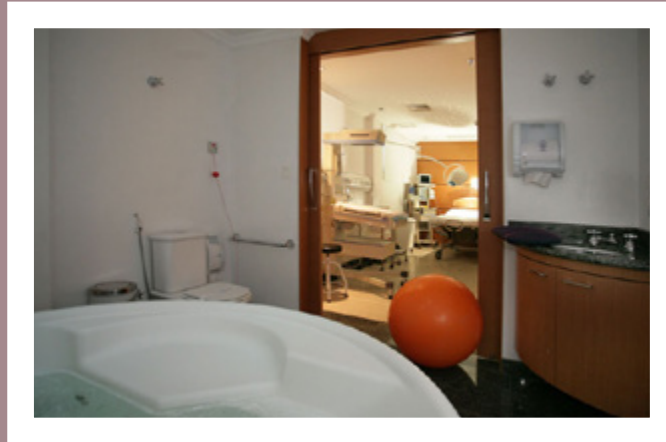
O Hospital São Luiz é um dos mais bem conceituados, famosos e tradicionais hospitais de São Paulo na atenção ao parto. Recentemente, começou a oferecer serviços de parto humanizado, e ficou famoso por ser um dos únicos hospitais da rede privada que oferece esse tipo de atendimento, sendo muito procurado por isso. Segundo o website, ele conta com duas suítes para parto natural, além de dez salas de parto “equipadas para transmissão de cirurgias por videoconferência em tempo real”. A unidade Itaim chega a fazer cerca de 9 mil partos por ano, e oferece também uma Unidade de Medicina Fetal para diagnóstico de problemas intra-útero, “com o mesmo nível técnico e científico encontrado nos países mais avançados neste campo”. Além disso, conta também com “uma das melhores hotelarias hospitalares do país”, garantindo o conforto dos pacientes.

Na visita, as seguintes dependências foram visitadas: o acesso aos apartamentos, o berçário central, o berçário de cada andar e um apartamento do tipo simples. No salão do berçário central vemos também lojas de alto padrão, como Copenhagen, loja de flores, loja de roupas para bebês, etc. Bastante ênfase foi dada ao conforto, segurança e à privacidade na questão das visitas, que são controladas, e foram mais abordadas questões práticas, como, por exemplo, tipos de apartamentos, relacionadas a comida para acompanhante, filmagem do parto, o que os convênios cobrem, serviços de cartório. Questões relacionadas ao parto humanizado foram abordadas apenas quando perguntado. As duas salas de parto natural são chamadas *Delivery Room* e não puderam ser visitadas por causa da baixa taxa de infecção do hospital. O contato pele a pele no primeiro contato com a mãe é feito após a identificação com pulseirinhas. A amamentação também é estimulada nesse momento por 5 a 10 minutos. Depois disso, o bebê vai pro berçário central aguardar a recuperação da mãe, ficando de 3 a 6 horas.

O banho é feito depois disso e a mãe ou o pai podem participar do banho apenas no berçário central e se tiverem autorização do médico. Após todos esses procedimentos, o bebê fica no apartamento da mãe.

Nesse apartamento pode-se ver dois ambientes. O primeiro com uma cama, luz focal, mesa para primeiros cuidados com o bebê, balança e outros equipamentos eletrônicos. Apesar de esses equipamentos estarem no quarto, observa-se também elementos de madeira, sofá e poltrona relativamente confortáveis, luz provavelmente dimerizada saindo de pequenos pontos no teto e bola, elementos esses que provocam uma sensação um pouco mais acolhedora, com a luz amena e objetos do cotidiano da mulher. O espaço favorece a permanência de acompanhante e equipe médica, de maneira confortável. Os equipamentos eletrônicos, apesar de remeterem um pouco mais a uma sala de cirurgia, também podem trazer sensação de segurança às mães que optaram por um parto humanizado mas no hospital. Essas mães provavelmente já estavam em busca dessa sensação de segurança caso aconteça alguma intercorrência.

Na segunda imagem podemos ver uma banheira aparentemente espaçosa. Não podemos ver a sua profundidade, mas vemos que há pelo menos três níveis onde a gestante pode se acomodar. Segundo obstetrizes da Casa Angela, banheiras mais profundas são as ideais, pois permitem a imersão de toda a região lombar, promovendo o relaxamento desejado. Vemos novamente a bola, que juntamente com a banheira, são os objetos mais representativos do parto humanizado no imaginário coletivo. O gabinete da pia e a porta também são feitos de madeira, podendo trazer a sensação de um ambiente mais familiar, acolhedor. Na imagem não é possível visualizar, mas, segundo relatos de mães, há, na parede da banheira, um apoio de tecido que fica preso na parede. Esse apoio ajuda a mulher a se agarrar e se posicionar da melhor forma e a fazer força na fase expulsiva, durante o parto.



Sala de parto humanizado do Hospital e Maternidade São Luiz, unidade Itaim, São Paulo. As salas contam com aromaterapia, cromoterapia, banheira, bola, luzes reguláveis (pontos luminosos no teto) e suporte técnico para cuidados imediatos com o bebê.

Nas duas imagens, porém, vemos um piso frio e, ao lado da banheira, um piso aparentemente escorregadio. A sensação de conforto é comprometida. Pode surgir receio de andar por medo de escorregar e cair, ou pela temperatura fria do piso. É importante lembrar que a movimentação livre da mãe é importante durante o trabalho de parto, tanto para encaixe do bebê na bacia, quanto para alívio da dor de forma não farmacológica.

O hospital também oferece curso preparatório para pais, no valor de 300 reais (12 horas) ou 270 reais (8 horas). Examinando os tópicos abordados, nota-se que nesses cursos não há nenhum tipo de suporte psicológico para que os casais pudessem se preparar para o momento do parto. A participação dos pais é basicamente prestar atenção aos sinais de trabalho de parto para poderem ir ao hospital. Porém não se tem informações mais completas sobre o que realmente acontece durante todo o trabalho de parto, quais dúvidas e inseguranças são comuns de surgir e como lidar com elas. A participação ativa dos pais no trabalho de parto e parto, aparentemente, não são tão valorizadas, apesar de o hospital exaltar sua preocupação com o vínculo afetivo entre mãe e bebê.

De fato, muitas maternidades e casas de parto ou de apoio ao parto oferecem cursos para pais. Porém, analisando o programa de alguns desses lugares, nenhum possui um tipo de atenção mais voltada às inseguranças pessoais que surgem.

A casa de parto Casa Angela foi a única que abordava temas semelhantes em seu curso para gestantes e acompanhantes. Esse curso é oferecido apenas às mulheres que já fazem o acompanhamento pré-natal na casa, e conta com os seguintes tópicos: “Parto e nascimento: como nasce o bebê”; “Caminhando para o parto: Oficina de trabalho corporal”; “Nasce uma família: Uma nova fase - cuidados pós-parto”; “Aleitamento materno: Amamentar com paixão”; e “Meu bebê chegou, e agora? Oficina de cuidados com o bebê”. Desses tópicos, os dois primeiros foram assistidos como ouvinte. No entanto, vale notar que a Casa costumava abordar também os tópicos “Gravidez: Tempo de Mudanças!” e “Saúde e bem estar na gravidez”, mas que, por falta de adesão das gestantes, foram excluídos. Tais tópicos tratavam de, dentre outras coisas, medos, agústias e alegrias que se passavam na mente das participantes. A integração entre eles era bastante incentivada, convidando-os a trocar suas vivências e experiências. Também tentavam estimular a auto-estima delas, promovendo trabalhos corporais em grupo e entre casais. Porém, esses tópicos não são mais abordados. Atualmente, o único encontro em que trabalham um pouco do psicológico no pré-natal é no tópico “Parto e nascimento: como nasce o bebê”, onde explicam os tipos de parto, sinais e sintomas de trabalho de parto, como ocorre o parto (usando bonecos, vídeos e imagens projetadas), ressaltam a importância do acompanhante e exibem técnicas de alívio da dor usadas na Casa.

Segundo as obstetrizas e enfermeiras obstétricas da casa, a troca de experiências, compartilhamento de mudanças, medos, angústias, e estímulo da auto-estima são especialmente importantes quando a mãe está se sentindo insegura quanto ao que esperar da dor que está por vir.

Porém, na Casa Angela, a visita dura algumas horas, aceitando um grupo bem maior de mães ao que chamam de “acolhimento”. Nele, uma obstetriz ou enfermeira obstetra da casa leva as mães e seus acompanhantes a uma sala grande, onde normalmente são conduzidos os grupos de apoio. A sala é bem iluminada, com telhado de madeira, piso de taco e com almofadas espalhadas por todo o lugar, que pretende-se bem aconchegante.

No acolhimento, a condutora tenta passar o máximo de informações possíveis sobre o que é o parto humanizado, os valores que a casa segue, os procedimentos de emergência que são adotados em caso de transferência pro hospital, e quaisquer outras informações que as gestantes estejam buscando. Muitas delas procuram a casa por já terem uma noção do que é parto humanizado e algumas levam suas doulas para essa primeira visita. Depois, a condutora leva o grupo para conhecer as outras dependências da casa, como os quartos onde acontecem os partos (e onde elas permanecem por pelo menos 48 horas após o parto), são mostrados os equipamentos que cada quarto possui (como cama, banheira, espaldar, “cavalo”, bola de pilates, etc), e, em caso de necessidade, incubadoras para os bebês.

O tópico “Parto e nascimento: como nasce o bebê” foi assistido presencialmente (apenas como ouvinte). A maioria das gestantes estava com, em média, 30 semanas ou mais. As mulheres pareciam estar mais familiarizadas e à vontade com o ambiente, pois já frequentavam a Casa Angela desde o “acolhimento”. Havia 13 gestantes presentes, todas acompanhadas. A enfermeira obstetra que conduziu o encontro explicou a anatomia do trabalho de parto de forma calma, gentil, simpática (sempre sorrindo), descontraída, usando uma linguagem acessível, sempre convidando-os a expressarem suas dúvidas.

Para demonstrações práticas de posicionamento do bebê na bacia pélvica, saída do bebê do útero, posição da placenta dentro do útero e útero em si, usava bonecos e objetos feitos de materiais macios e almofadados, fazendo-os parecer mais amigáveis ao tato.

A enfermeira explica detalhadamente como identificar os pródromos, que são como uma “preparação natural do corpo para o trabalho de parto” e como diferenciá-los do começo do trabalho de parto. Ao esclarecer perguntas ou convidá-las a compartilhar suas experiências e conhecimentos, tenta sempre desmentir alguns mitos sobre o processo, mas sempre de forma gentil, respeitosa e assertiva. Ressalta a importância de, no começo do trabalho de parto, continuar no conforto do lar, pois nesse primeiro momento é mais eficiente se ela relaxar e não se desgastar, o que pode ser difícil na casa de parto ou hospital, onde a privacidade e a liberdade são menores.

Ela explica também todos os procedimentos que deverão ser tomados em cada etapa e todas as fases do trabalho de parto: pródromos (pode demorar dias), fase latente, fase ativa, fase de transição, fase expulsiva seguida da saída da placenta. Dessa forma, ela situa a mulher sobre sua evolução no trabalho de parto e expõe várias situações que podem acontecer, pois, trazendo informação sobre o que, para a gestante, pode ser desconhecido, ela ficará menos insegura. Enfatiza também que cada parto é diferente um do outro, e que é impossível saber ao certo tudo o que irá acontecer com cada parturiente.





1. Quarto da Casa Angela. Fonte: <http://assets.chrisflores.net/upload/22-03-2012-194359-ca1.jpg>
2. Sala de Acolhimento da Casa Angela. Foto autoral (2016)
3. Frente da casa de parto Casa Angela. Fonte: <http://assets.chrisflores.net/upload/22-03-2012-194359-ca3.jpg>

Sobre a dor, seu posicionamento é de que ela é algo subjetivo e cada pessoa lida de uma maneira diferente. A dor representa coisas diferentes para cada pessoa. Tem significados diferentes. O que pode ajudar é a aceitação mental da dor, deixar que ela aconteça naturalmente, sem querer controlá-la. Para concluir, a enfermeira associa a dor com ondas do mar, que vêm e vão de forma leve e devagar, e não duram por muito tempo.

A sala de encontro de gestantes pode ser considerada aconchegante também.

Elementos em madeira, como o teto, portas e alguns móveis, almofadas, enfeites e quadros pendurados, janelas amplas e com cortinas, luz amarela e tons cromáticos quentes trazem uma sensação de conforto considerável.

A sala é repleta de cadeiras e mesas (empilhadas em um canto da sala na imagem), pois há eventos de confraternização frequentemente.

O fato de a Casa Angela ter sido construída dentro de uma casa comum dá a ela uma sensação de aconchego familiar. Porém, um problema é sua localização, próximo ao bairro de Santo Amaro, seu acesso é razoavelmente limitado. Apesar de encontrar-se a aproximadamente 300 metros do terminal João Dias e da estação Giovanni Gronchi do Metrô, a casa encontra-se numa região com muitos morros, o que torna difícil o acesso à pé de uma gestante. Ainda assim, a casa está a cerca de 10 minutos do Hospital Campo Limpo e de 20 a 30 minutos do Hospital e Maternidade São Luiz. Ou seja, em caso de necessidade de transferência, a ambulância conseguiria chegar rapidamente a hospitais.

## *Amparo Maternal*

A maternidade tem estrutura para procedimentos mais complexos, cirúrgicos, com médicos especialistas de plantão. Criada a partir de um movimento filantrópico e católico, o atendimento humanizado está no cerne de seus valores. Passou a fazer parte do SUS algum tempo depois e, desde então, tem atendido mulheres dos mais variados tipos, desde usuárias de drogas, estrangeiras e diversas classes sociais, das mais baixas que dependem de serviço de saúde público, às mais altas que, mesmo tendo convênio, optam por terem seus filhos em uma maternidade referência em humanização e com toda a segurança que a tecnologia pode trazer.

Oferecem curso para pais, que dura cerca de três horas, com intervalo para lanche. Os temas abordados vão de sintomas do início de trabalho de parto a amamentação, passando pela nutrição durante a gestação. Pouco sobre a dor foi abordado, destacando o papel da aceitação mental do processo doloroso e de confiança no próprio corpo. Grande parte das gestantes não aparentava estar muito instruída e a maioria estava já no terceiro trimestre de gestação. Por conta disso, o tom de voz, a maneira e os termos usados pela enfermeira obstétrica condutora do curso não eram muito técnicos, mas de fácil entendimento.

Com exceção de uma, todas as gestantes estavam acompanhadas, fosse por seus parceiros, amigas, ou membros da família. Durante todo o curso, os palestrantes buscavam chamar a atenção dos acompanhantes, enfatizando sua importância no trabalho de parto e mostrando-os suas responsabilidades. A função do acompanhante deve ser ativa, e não passiva.

A todo momento, a enfermeira lembra os participantes do caráter natural que o parto tem, a fim, talvez, de acalmá-los, fazê-los sentir mais à vontade com o evento e sua fisiologia. O parto é um assunto sobre o qual circundam muitos mitos, informações distorcidas, ou mesmo a falta de informações. Durante a vida da maioria das mulheres, são raras as vezes em que ela tem um contato próximo com a gravidez e o parto. Logo, quando ela se vê grávida, tudo é novo, e, naturalmente, ela se assusta. A enfermeira, então, explica como acontecem todas as fases do trabalho de parto, as oscilações hormonais, os pródromos, e várias outras coisas que são possíveis de acontecer no trabalho e parto e parto. Ela explica também todas as situações em que se deve levar a gestante imediatamente ao hospital e outras em que se pode apenas ligar para o hospital. Sempre de forma bem calma, amigável, simpática, aberta a questionamentos, mas também firme em suas afirmações, passando segurança e conforto aos pais.

Em relação à dor, a enfermeira discorre bastante tempo sobre o assunto. Ela enfatiza que o principal “remédio” para a dor é a aceitação da dor. Ela lembra que a mulher deve deixar seu corpo trabalhar, e sentir o que está acontecendo com ela, ao invés de tentar controlar a dor. E explica a importância de sentir a dor, pois a dor é uma resposta para o cérebro da mulher de que as contrações estão acontecendo, e, portanto, o útero está trabalhando para que o nascimento aconteça. Ou seja, quanto mais dor, mais intensas as contrações, o que acelera o trabalho de parto.

A sala em que o curso foi ministrado parece ter sido improvisada pela maternidade. As gestantes precisam descer várias rampas íngremes e quase sempre sem apoio e calçada. Um lugar pouco seguro e adequado para gestantes. A sala em si era grande, talvez uns 12 metros de comprimento por 3 metros de largura, porém fria e escura. No entanto, voluntárias da maternidade tentavam fazer do espaço um lugar um pouco mais acolhedor.

Na entrada, uma mesa com lembrancinhas, bonecos de pelúcia, fitas de tecido, e outros enfeites infantis. Uma tela de projetor, caixas de som e um computador ficavam na parte da frente da sala, dando suporte à palestrante. O ambiente, apesar das tentativas de deixá-lo acolhedor, não passava essa sensação. Contudo, as atitudes dos funcionários e voluntários, como formas de se portar e de referirem aos participantes, deixava o ambiente mais leve e amigável.

Ao final do curso, teve-se a oportunidade de uma conversa mais longa e informal com a coordenadora do curso. Nela, a coordenadora questionada sobre como a instituição e/ou seus funcionários abordam o medo da dor com suas pacientes. O medo da dor não é abordado pois raramente é levado pela paciente. No entanto, ela admite que esse medo existe, sim, e que pode trazer impactos negativos no trabalho de parto e parto, como torná-lo mais longo, tenso e doloroso. Foi perguntado também se o presente projeto seria interessante sob o ponto de vista de uma profissional que lida diariamente com isso, e a resposta foi sim.

# curso de formação de doulas (GAMA)

Por interesses pessoais e para entender um pouco mais sobre a visão profissional de alguém que trabalha com o parto humanizado, foi feito um curso de formação de doulas (Curso de capacitação para mulheres que queiram oferecer suporte físico, emocional, psicológico e afetivo a mulheres durante o trabalho de parto e parto) no Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (GAMA), situado em Pinheiros, na cidade de São Paulo. O curso tem 32 horas de duração divididas em 4 dias, e oferece noções gerais de anatomia e fisiologia do nascimento, métodos não-farmacológicos para alívio da dor, situações de violência obstétrica, como lidar com situações de perda (luto), como ajudar no pós-parto, puerpério e amamentação e como entrar no mercado. As informações a seguir foram retiradas de materiais digitais e apresentações fornecidas no curso.



A doula tem como função também identificar distócias emocionais e auxiliar com medidas psico-emocionais. Deve ser sensível para identificar se a pessoa está com medo ou angústia extrema, se está com muita vergonha ou muito tensa, ou alerta, etc.

A dor foi um tópico importante discutido no curso, merecedor de oito horas sobre o tema. A dor foi apresentada como parte de um processo fisiológico. Explicam que a dor, normalmente, é vista como algo negativo, a ser eliminado, relacionado a fraqueza, sofrimento, fragilidade, algo que não deve ser vivido. Levantam a ideia de que no sociedade de hoje, há uma separação entre mente e corpo, em uma relação em que a mente está sempre tentando controlar, mandar mensagens para o corpo, e “ignorando” as informações que o corpo pode lhe trazer. A dor, no parto, não é de sofrimento. Essa dor é informativa. Ela indica à mulher o que fazer. Por exemplo, posições e movimentos que podem aliviar a dor são também aquelas benéficas para o trabalho de parto. A posição de agachamento é um exemplo. Ela facilita a dilatação da bacia, ajudando na passagem do bebê. Movimentos pélvicos, como rebolar e andar, ajudam na descida do bebê e, talvez por isso, aliviem a dor.

Na aula, os aspectos psíquicos da dor são reforçados. A experiência do parto para a mulher pode ser visto como uma oportunidade de expansão da personalidade, onde o corpo funciona com autonomia, sem o controle da mente, passando por uma experiência intensa de sexualidade feminina e de mergulho profundo nas emoções. É um momento em que o cérebro mais primitivo (“complexo reptiliano”) está mais ativo que o neocortex, ou seja, a mulher volta a um estado mais primitivo em relação às suas sensações e emoções. Quando a mulher em trabalho de parto sofre estímulos ao neocortex, como luz intensa, conversas, intervenções, sensação de estar sendo observada ou julgada, pode-se inibir o cérebro primitivo e desconcentrar a mulher.



Os hormônios liberados durante o trabalho de parto também contribuem para isso. Ocitocina, prostaglandina, adrenalina e endorfina são os mesmos hormônios liberados no ato sexual. A ocitocina, além de induzir as contrações e a amamentação, é também chamada de hormônio do amor, termo cunhado por Michel Odent, em seu livro “A Cientificação do Amor”.

Já a adrenalina tem seu papel maior na fase de expulsão do bebê, ajudando a mulher a ter força para empurrar. Porém, a ocitocina e a adrenalina são antagônicos. Quando se tem uma alta produção de adrenalina, a ocitocina diminui, aumentando a tensão, a percepção da dor e a sensação de sofrimento. A adrenalina também age como um alerta. Na natureza, em casos de perigo, um mamífero em trabalho de parto pára o parto para poder fugir. Ou seja, a adrenalina serve também como inibidor de parto. E, como dito anteriormente, medo tensão e dor trabalham como uma corrente. Quanto maior a tensão, maior a dor e maior o medo de sentir dor, produzindo um ciclo. Ou seja, quanto mais trabalha-se a tensão e o medo, menos dor a mulher poderá sentir. Fatores externos podem ajudar a diminuir o medo e a tensão, como privacidade, luz amena, temperatura confortável, apoio, sensação de conforto e segurança (psicológica e fisiologicamente), liberdade de movimento e silêncio.

A endorfina é outro hormônio liberado, que age como um analgésico natural. É o mesmo liberado no momento do orgasmo. Além de ter efeito analgésico, também traz sensação de êxtase, felicidade, alívio, e tem um importante papel no vínculo afetivo entre mãe e bebê. A endorfina também libera a produção de prolactina, facilitando o começo da amamentação.



1. Rebozo. Fonte: <http://blog.monitosyrisas.com/wp-content/uploads/2011/06/Otros-usos.jpg>

2. Massagem lombar e Bola de Pilates. Fonte: <http://www.submit.10envolve.com.br/>

3. Banheira inflável. Fonte: <http://vilamamifera.com/dadada/wp-content/uploads/sites/30/2014/10/Piscina-para-parto.png>

A palavra “doula” vem do grego antigo sendo atualmente utilizada para definir aquela mulher que auxilia outras mulheres. Vem sendo aplicada para se referir a mulher com experiência no nascimento, que oferece apoio físico e emocional continuado, além de informações de suporte para as mães antes, durante e após o nascimento. Desde a antiguidade elas vêm sendo usadas para dar apoio, transmitir segurança e carinho, preparando o ambiente e fazendo inúmeras outras atividades que se apresentem necessárias no momento.

Aprende-se também que uma experiência satisfatória do parto não necessariamente é aquele parto sem dor, mas um parto sem sofrimento, em que se tenha uma sensação de acolhimento e entrega agradáveis, em um ambiente seguro e amoroso, com menor interrefrência no sistema hormonal possível.

O papel da doula, então, configura-se em um serviço que uma mulher presta a uma família que está nascendo. O plano de parto é um documento que pode ser preparado tanto pela gestante quanto pela doula ou obstetriz, mas sempre preenchido pela gestante. Ele serve para que a mulher exponha seus desejos e preferências sobre o trabalho de parto, parto e pós-parto, como pessoas que deseja que estejam presentes; caso o trabalho de parto deva ser induzido ou acelerado, quais os métodos de indução de sua preferência; desejos de procedimentos em caso de cesariana: estar consciente, estar acompanhada do(a) parceiro(a), contato imediato com o bebê, etc.

É importante ressaltar que o plano de parto serve apenas para expressar seus desejos e preferências, mas que os profissionais da saúde estarão sempre monitorando mãe e bebê e avaliando se é possível atender a eles.

O plano de parto pode parecer um documento técnico e pouco sensível, mas a doula e a equipe de saúde usam de outros meios para atingir essa sensibilidade, principalmente a observação e a empatia. Ela deve tentar conhecer a gestante através de conversas amigáveis, fazendo-a sentir-se confortável e segura. Esse documento também é útil em casos em que profissionais não humanizados são necessários, como em transferências de partos domiciliares para hospital, onde o médico plantonista pode não atender às vontades da mulher (negar direito a acompanhante, por exemplo).

Lembrando que uma das funções da doula é a de trazer informações às gestantes (ou indicar um médico obstetra de sua confiança), o plano de parto será preenchido por uma gestante consciente e informada.

O curso apresenta alguns métodos não farmacológicos de alívio da dor, como massagens na lombar, uso da banheira e do chuveiro, do rebozo (tecido utilizado para movimentar área lombar), bola de pilates, compressas quentes na barriga, ritmo respiratório intuitivo, postura posicionando o tronco para frente, de cócoras, terapias alternativas (floral, homeopatia, acupuntura, cromoterapia) são métodos para serem utilizados durante o trabalho de parto. Durante a gestação, indica-se exercícios que estimulem a conexão entre mente e corpo, como ioga, danças calmas (dança do ventre, dança circular, etc) e visualizações mentais (do cólo do útero se abrindo, a saída do bebê, etc).

Outras técnicas de alívio da dor mais relacionadas ao ambiente são: redução do excesso de estímulos, como ruídos, conversas paralelas entre membros da equipe, privacidade, conforto, temperatura amena, luz baixa, etc. Contudo, a sensação de segurança pode variar entre mulheres. Algumas podem se sentir mais seguras no conforto da própria casa, tendo um carro ou ambulância à disposição para os casos de transferência. Outras podem preferir o ambiente hospitalar, pois no caso de alguma intercorrência, o atendimento será imediato. O que realmente importa para aliviar a tensão é sentir-se segura.

O serviço da doula parece ser interessante para o preparo da gestante no pré-natal, principalmente para lidar com os medos e angústias que estão surgindo nas gestantes. Contudo, aparentemente, não é comum que o medo da dor no parto seja um assunto muito discutido entre doula e doulанда (aquela que está sob os cuidados da doula) durante o pré-natal. Em uma entrevista por telefone, a doula e psicóloga Daniela Andretto relata que, quando uma gestante a procura como doula por causa do medo da dor, ela não procura descobrir as raízes desse medo. Segundo ela, se seguissem esse caminho, demorariam muito tempo para resolver, pois esse medo pode estar associado a problemas psicológicos mais profundos, como segurança na equipe, apoio familiar, experiência de partos anteriores sofridos, etc, e seria necessário resolver esses problemas antes. Além disso, esse não é o papel da doula. Como doula, ela seguiria um caminho mais afetivo, trazendo apoio e informação. Tentaria fazer a gestante entender que quanto mais controle da dor, da mente e do corpo ela anseia, mais facilmente ela entrará em desespero, ficará vulnerável e surgirá mais medo, entrando no ciclo de medo-tensão-dor. E também que, por ser um processo humanizado, respeitará as vontades dela, portanto, se ela sentir que precisa de anestesia ou qualquer outro método de alívio de dor, ela o terá. Mas enfatiza que o encorajamento constante, o conforto e estar sempre lembrando a parturiente dos motivos pessoais que a levaram a passar pelo parto normal são métodos de apoio poderosos. Se a parturiente se sentir segura emocionalmente, o trabalho de parto tende a ocorrer de forma mais natural e prazerosa.









**levantamento de dados**

# “Nascer no Brasil”

A Pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento foi uma pesquisa coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre o início de 2011 e final de 2012 e realizada com a participação de renomados pesquisadores de um grande número de instituições de pesquisa do Brasil.

O objetivo dessa pesquisa foi “conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo cesarianas desnecessárias; descrever a motivação das mulheres por cada tipo de parto; as complicações médicas durante o puerpério e o período neonatal; bem como descrever a estrutura das instituições hospitalares quanto à qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos e neonatos”.

Constituiu-se a primeira pesquisa acerca do panorama nacional de atenção ao parto e nascimento no Brasil. A pesquisa foi realizada em maternidades públicas, privadas e mistas (privadas mas conveniadas ao SUS) e incluiu 266 hospitais de 191 municípios, sendo elas capitais e cidades do interior de todos os estados brasileiros. Ao todo, foram entrevistadas 23.894 mulheres, sendo 90 puérperas por hospital que deram à luz durante o dia e a noite, em feriados e finais de semana também.



Segundo a pesquisa, cerca de 30% das mulheres não desejavam a gestação, 9% estavam insatisfeitas com a gravidez e 2,3% relataram ter tentado interromper a gestação. Essas mulheres apresentaram, então, pouca atenção à assistência pré-natal, totalizando quase 40% das gestações com baixa qualidade de assistência pré-natal. No Brasil, de um modo geral, 60% das gestantes começaram o pré-natal tardiamente (após a 12<sup>a</sup> semana de gestação) e cerca de um quarto delas tem menos de 6 atendimentos durante toda a gestação, mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde. Além disso, apenas 59% das mulheres foram orientadas sobre a maternidade de referência, o que vai de encontro à Lei n. 11.634, que determina que toda gestante tem o direito de se vincular à maternidade durante a gestação.

A falta de médicos, de equipamentos e de materiais mínimos necessários às emergências em relação à mãe e ao bebê corresponde a um número significativo de hospitais públicos no Brasil. Isso gera a necessidade de deslocamento, muitas vezes entre cidades, durante o trabalho de parto, o que pode ser perigoso em muitos casos. Nas regiões Sul e Sudeste esses números eram mais baixos. É nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste onde ocorrem maiores deficiências.

Outro fato importante é que muitos prontuários foram preenchidos de forma inconsistente com as declarações das puérperas oriundas das entrevistas. Segundo um relato de uma residente em um blog médico, a ginecologista de plantão deixou aos cuidados dela o preenchimento do prontuário. A residente preencheu relatando procedimentos violentos (considerados por muitos violência obstétrica). Ao ler, a médica reescreveu o prontuário.

A pesquisa levantou as taxas de parto normal e cesáreas no Brasil. Em todo o país, um total de 52% dos partos são feitos via cesariana, sendo que no setor privado o número sobe para 88%. “Não há justificativas clínicas para um percentual tão elevado dessas cirurgias”.

Segundo a pesquisa, quase um milhão de mulheres são submetidas a cesáreas sem indicação clínica, mesmo sendo adolescentes (42% das adolescentes), e perdem a oportunidade de serem protagonistas no nascimento dos seus filhos, além de serem expostas a maiores riscos de morbidade e mortalidade materna e do bebê e aumentarem desnecessariamente os gastos com saúde.

Estudos recentes apontados também mostram as consequências e efeitos da via de nascimento em relação ao desenvolvimento intrauterino e na saúde futura da criança, incluindo o risco aumentado de obesidade, diabetes, asma, alergias, complicações respiratórias e outras doenças não transmissíveis. Os riscos para a mãe incluem maiores riscos de complicações em gestações futuras, maiores riscos de hemorragias, infecções hospitalares, riscos inerentes à anestesia, entre outros.

Entre as gestantes que tiveram parto vaginal, houve uma predominância de medicalização do parto, ignorando evidências científicas disponíveis. “A maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas, ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, usou medicamentos para acelerar as contrações (ocitocina), foi submetida à episiotomia (corte entre a vagina e o ânus) e deu à luz deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando suas barrigas (manobra de Kristeller)”. Esses procedimentos causam dor e sofrimento, quando não tem indicação clínica, e não são indicados pela OMS como procedimentos de rotina. Em contraste aos números do Reino Unido, apenas 5% das mulheres tiveram a chance de vivenciar seus partos sem intervenções (contra 40% no Reino Unido). Esse padrão foi identificado igualmente em todas as regiões do país, mostrando que são práticas disseminadas por todo o país.

**“As mulheres que mantiveram sua preferência pelo parto vaginal no final da gestação foram as que apresentaram a menor proporção de cesarianas (20%). Entre as mulheres com cesariana anterior, apenas 15% tiveram um parto vaginal na gestação atual, indicando que, no Brasil, apesar as evidências científicas em contrário, ainda se segue o preceito de que ‘uma vez cesárea, sempre cesárea’. Esses achados reforçam a necessidade de se evitar a primeira cesariana, apoiando a decisão da mulher pelo parto vaginal”.**

*(Nascer no Brasil, 2011)*

Embora essas práticas estejam disseminadas, cerca de 75% das parturientes tiveram acompanhantes ao seu lado durante todo o processo, respeitando a Lei 11.108, indicando uma mudança vinda de uma força de política pública para modificar a cultura de nascimento no país. No entanto, essa lei ainda não é respeitada em 100% dos hospitais. Muitos deles ainda não permitem, por política do próprio hospital, a presença de um acompanhante de vínculo afetivo da mulher, sendo um privilégio de mulheres brancas, de maior renda, usuárias do setor privado e que tiveram cesariana.

Segundo evidências científicas, partos com enfermeiras obstétricas e obstetrizes na liderança da assistência aumentam as chances de partos espontâneos e diminuem intervenções desnecessárias, não comprometendo a saúde da mulher e do bebê. Infelizmente, isso representa apenas 15% dos partos, com mais frequência nas regiões mais pobres, por falta de médicos.

A Pesquisa sobre a Assistência Obstétrica na Saúde Suplementar, da Comissão do Parto Normal da ANS ainda aponta outras justificativas. Sob a visão dos médicos, condições de trabalho, qualificação profissional e de remuneração, e equipes formadas por profissionais da saúde obstétrica variados na atenção ao pré-natal, são alguns motivos. Outros motivos apontados foram: “Disponibilizar apoio jurídico para casos de questionamentos das práticas médicas; Integrar as equipes médicas responsáveis pelo pré-natal e parto na discussão de boas práticas médicas; Desenvolver grupos de gestantes para orientá-las sobre gestação saudável e incentivar o parto normal”.

Sobre os fatores de risco que contribuem para o aumento de cesáreas, a pesquisa da ANS destaca os seguintes aspectos: ausência de salas pré-parto; falta de leitos obstétricos hospitalares; falta de equipamento para monitoração do trabalho de parto; disponibilização imediata das salas de cirurgia para emergência; disponibilidade de anestesiistas e pediatras; e disponibilidade de plantonistas com especialidade em obstetrícia.

Quanto aos hábitos pessoais e cultura popular, os médicos alegaram insegurança quanto à disponibilidade de leito para internação, e a opção por cesarianas pelas próprias gestantes por medo da dor do parto normal. Resta questionar a esses mesmos médicos se houve a chance de clarificar os prós e contras da cesariana eletiva para a mulher.

Outro ponto positivo identificado pela pesquisa Nascer no Brasil foi que 70% das mulheres deseja ter parto vaginal no início da gravidez. Essa taxa contrasta com o elevado índice de cesáreas, sendo que muitas são declaradas eletivas. Os motivos dessa mudança de opinião durante a gestação não foram abordadas pela pesquisa, mas foi apontado que “não pode ser explicado pela ocorrência de problemas e complicações”, ou seja, sugere-se que a orientação no pré-natal pode estar induzindo a maior aceitação da cesariana.

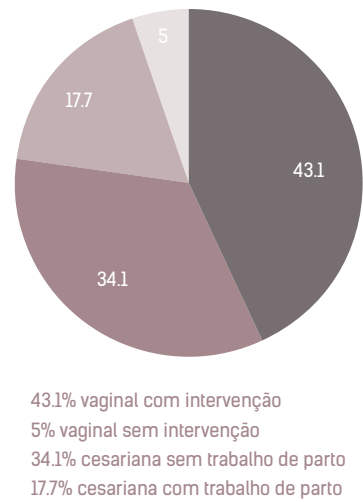
Um terço das mulheres que optaram por uma cesariana desde o início da gestação atribuiu o medo da dor do parto como a principal razão para a escolha desse tipo de parto. Esse é um dado relevante para o presente trabalho, indicando sua relevância para o assunto.

Apesar dos avanços tecnológicos, aumento da cobertura de atendimento pré-natal e parto hospitalar, transformações socio-econômicas que o país vem experimentando de modo geral e queda de fecundidade, a taxa de mortalidade, que sofreu decréscimo de 143 para 61 por 100.000 mulheres, ainda é cerca de 3 a 4 vezes mais alta que nos países desenvolvidos.



Isso indica que, mesmo com as taxas de intervenções e de cesariana mais altas que nesses países, o Brasil ainda perde mais mulheres. Talvez isso seja um indicador, se não uma evidência, de que intervenções do modo como estão sendo feitas hoje aqui podem não ajudar, mas trazer prejuízos muito grandes para a população.

Outras taxas usadas pela pesquisa são a Near Miss Materno (NMM) e a Neonatal Near Miss (NNM). O NMM corresponde a “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu na gravidez, parto ou até 42 horas após o fim da gestação” (definição da OMS). No Brasil, a NMM é cerca de três vezes mais alta que em países europeus, o que mostra a baixa qualidade de experiência de parto. Essa taxa é ainda maior entre mulheres com mais de 35 anos e com cesáreas anteriores. Ou seja, o aumento do número de cesárias prévias pode implicar em uma maior chance de NMM. O NNM (Neonatal Near Miss) corresponde a “uma doença ou problema de saúde que o recém-nascido enfrentou e que quase provocou sua morte”. A taxa apresentada foi de 39,2 por 1.000 nascidos vivos, sendo mais frequente em capitais de estados, hospitais públicos e em cesarianas. Para nenhuma dessas taxas se sabe se foi considerado as gestações feitas por fertilização artificial. Isso pode indicar a má qualidade de assistência ao parto e aumento de riscos de complicações em neonatos.





Concluindo a pesquisa, pode-se dizer que em todos os grupos sociais as mulheres estão sendo expostas a riscos e efeitos adversos no parto e nascimento sem necessidade. As mulheres com maior nível social sofrem com intervenções obstétricas desnecessárias e tem seus bebês com menos de 39 semanas (com 37 são tecnicamente considerados prematuros), enquanto as mais pobres sofrem com medicalização extrema, dor e demonstram menor satisfação com a atenção recebida, o que indica baixa efetividade no modelo de atenção obstétrica e neonatal. Essa pesquisa foi usada para dar respaldo técnico ao presente projeto.

# declaração da OMS sobre taxas de cesárea

Apesar da indicação da OMS de taxa de cesarianas num país ser de 10% a 15%, a própria organização declara: “Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas”. Contudo, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento.



A taxa de 10-15% surgiu em uma reunião entre especialistas em 1985, em Fortaleza, e diz “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%”. Essa afirmação foi embasada em dados provenientes da Europa, os quais mostravam ótimos resultados na saúde da mãe e do bebê em países com essa taxa. Além disso, não há evidências que cesarianas sem indicação médica possam trazer algum benefício para mãe ou bebê. Pelo contrário, segundo o documento da OMS, o risco de complicações imediatas e a longo prazo são maiores. Esses riscos são ainda maiores quando a mulher tem acesso limitado a cuidados obstétricos adequados.

No entanto, sabe-se que essa definição já pode estar baseada em dados desatualizados. A OMS admite que está sendo feita uma nova pesquisa, mas que há dificuldades muito grandes a serem vencidas, como a falta de fonte de dados confiáveis e aceita internacionalmente sobre as cesarianas de cada país.

As conclusões retiradas de um estudo sobre as taxas de cesárea em populações foram as seguintes:

1. A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.
2. Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.
3. A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.
4. Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.
5. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.

É importante notar que a própria OMS alega que implicações psicossociais associadas ao tipo de parto, o vínculo mãe-bebê, saúde mental da mulher, capacidade de iniciar amamentação e outros desfechos pediátricos são fatores importantes a serem levados em consideração quando se estuda as consequências a longo prazo da via de parto. Como a organização declara, não se deve considerar apenas a mortalidade materna e neonatal, que hoje é considerada baixa especialmente em países desenvolvidos, mas sim a morbidade, que pode ser considerada elevada. Não se deve considerar apenas a sobrevivência dos envolvidos.

Nessa declaração, a OMS também recomenda o uso da Classificação de Robson, que consiste na classificação das parturientes em 10 grupos (excluentes entre si). Essa classificação agrupa as gestantes conforme suas características obstétricas, permitindo assim a comparação entre taxas de cesáreas sem tantos fatores de confusão.

A OMS admite que o uso dessa classificação não é suficiente para monitorar, avaliar e identificar de modo totalmente satisfatório todas as razões pelas quais a cesariana está sendo cada vez mais usada, já que não considera fatores externos à saúde da mulher e do feto, como fatores econômicos e psicológicos. Contudo, a organização espera:

1. Otimizar o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local;
2. Avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesáreas;
3. Avaliar a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo;
4. Avaliar a qualidade dos dados colhidos e chamar a atenção dos funcionários para a importância desses dados e do seu uso.



## Quadro 1: Classificação de Robson

<p><b>Grupo 1</b></p>  <p>Nulíparas com feto único, cefálico, <math>\geq 37</math> semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	<p><b>Grupo 6</b></p>  <p>Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica</p>
<p><b>Grupo 2</b></p>  <p>Nulíparas com feto único, cefálico, <math>\geq 37</math> semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	<p><b>Grupo 7</b></p>  <p>Todas multiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p><b>Grupo 3</b></p>  <p>Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, <math>\geq 37</math> semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	<p><b>Grupo 8</b></p>  <p>Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p><b>Grupo 4</b></p>  <p>Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, <math>\geq 37</math> semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	<p><b>Grupo 9</b></p>  <p>Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p><b>Grupo 5</b></p>  <p>Todas multiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, <math>\geq 37</math> semanas</p>	<p><b>Grupo 10</b></p>  <p>Todas gestantes com feto único e cefálico, <math>&lt; 37</math> semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>

# legislação e práticas governamentais

Em 2014, a ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI) começaram, com o apoio do Ministério da Saúde, um programa para incentivar o parto normal e diminuir o número de cesáreas desnecessárias, denominado Parto Adequado. Esse programa tem, como uma de suas iniciativas, a Resolução Normativa n. 368, que busca instaurar o uso do partograma (histórico médico do processo do parto da gestante em questão), garantir o acesso de toda a gestante usuária do sistema de saúde suplementar aos percentuais de cirurgias cesarianas de cada médico e hospital, e a utilização do cartão gestante (histórico médico da gestação). Com essas medidas, busca-se “reduzir riscos desnecessários e melhorar a segurança do paciente e a experiência do cuidado para mães e bebês” (retirado da apresentação disponibilizada no site da ANS).



Um projeto-piloto está sendo conduzido em 28 hospitais, sendo 23 privados e 5 públicos, além do próprio Hospital Albert Einstein. Esses hospitais foram selecionados dentre 42 inscritos (para 20 vagas), o que pode demonstrar grande interesse dos hospitais em melhorar o atendimento ao parto. Os hospitais foram selecionados de acordo com suas taxas de cesáreas e de nascimentos por ano.

O IHI (Institute for Healthcare Improvement) é o responsável pela metodologia aplicada nos hospitais, que, pontualmente, já demonstraram resultados positivos, como “percentual de partos mais que dobrou; as admissões em UTI neonatal caíram; houve melhoria na remuneração dos profissionais que contribuíram para aumentar a eficiência dos serviços”. Ou seja, intervenções não-clínicas relacionadas à gestão do modelo de atenção ao parto são efetivas, como sugerido nos documentários assistidos.

Promove também mudanças no processo de cuidado, que constitui a principal inovação do programa. As mudanças envolvem: “Adequação de recursos humanos para a incorporação de equipe multiprofissional (obstetras, obstetrizes e enfermeiras obstétricas, pediatras e neonatologistas, anestesistas) nos hospitais e maternidades; capacitação profissional para ampliar a segurança na realização do parto normal; engajamento do corpo clínico, da equipe e das próprias gestantes; revisão das práticas relacionadas ao atendimento das gestantes e bebês, desde o pré-natal até o pós-parto”.

O programa ainda conta com três modelos de assistência a serem testados, a partir da metodologia IHI:

**Modelo 1:** Parto realizado pelo plantonista do hospital.

**Modelo 2:** Parto realizado por médico pré-natalista do corpo clínico, com suporte da equipe multidisciplinar de plantão, que irá fazer o acompanhamento inicial da parturiente até a chegada do médico.

**Modelo 3:** Parto assistido por um dos membros de uma equipe de médicos e enfermeiras, composta por 3 ou mais médicos e enfermeiras obstetras; a parturiente se vinculará à equipe que terá sempre um médico e uma enfermeira obstetra de sobreaviso para realizar a assistência do trabalho de parto e parto.

**Outras ações:** adequações na ambiência da maternidade; estímulo à participação de acompanhantes no parto; visitas guiadas à maternidade e cursos de gestantes durante o pré-natal; avaliação da experiência do cuidado no pós-parto pelas mulheres, com feedback à equipe para melhorar o cuidado.

Em resposta a essa resolução, a Sogesp (Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo) discorda das medidas adotadas, argumentando que “ocultam as principais causas para o alto índice de partos cirúrgicos no Brasil”, como a redução progressiva de leitos obstétricos nos hospitais e maternidades, falta de ambiência adequada e falta de equipes de plantonistas especializados na área nas maternidades. Segundo a Sogesp, a ANS não garante o plantão 24 horas de profissionais necessários (médicos obstetras, anestesistas, neonatologistas e enfermeiras obstetras) à beneficiária.

Outras política públicas estão sendo discutidas e incorporadas a cada dia. O Ministério da Saúde já conta com uma série de decretos, leis e portarias para assegurar o parto seguro e humanizado da brasileira.

O cumprimento do critério global Cuidado Amigo da Mulher foi inserido na Portaria 1.153 (Ministério da Saúde, maio de 2014) garante à mulher que várias práticas humanizadas sejam utilizadas em seu parto. Garante, por exemplo, um acompanhante de livre escolha (medida já assegurada pela Lei n. 11.108), oferta de líquidos e alimentos leves, incentivo para se movimentar durante o trabalho de parto para diminuição da dor, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave, disponibilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor (tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal), uso reduzido de procedimentos invasivos e autorizar a presença de uma doula (caso seja da vontade da mulher). Todas essas práticas são raramente vistas em hospitais, públicos ou privados, e ainda podem sofrer discriminação. Ou seja, práticas previstas na legislação não estão sendo postas em prática, seja por motivos de infra-estrutura e condições adequadas ou por condutas profissionais.

Pode-se considerar que o parto humanizado é agora um assunto em voga, que está sendo cada vez mais discutido em âmbito social e governamental. A experiência do parto está ganhando importância. No entanto, apesar de todas as medidas tomadas pelo governo, o cenário está mudando lentamente. É preciso talvez analisar o cenário atual por outras perspectivas, tentando identificar fatores que ainda não foram considerados como sendo causa da situação atual, fatores esses que podem estar relacionados a um aspecto mais antropológico e cultural do que médico ou de infra-estrutura.

# visão antropológica sobre a situação atual da assistência ao parto

Sob uma visão antropológica, a relação médico-paciente já vem sendo analisada e questionada. O tipo de comunicação entre as partes é influenciada por contextos internos e externos durante uma consulta. O que é dito, recebido e interpretado sofre significativa influência desses contextos e bagagens culturais e sociais de ambas as partes e pode definir como essa relação médico-paciente se dá. No âmbito do contexto interno, experiências prévias, expectativas, presunções culturais, modelos explanatórios e preconceitos baseados em critérios sociais, de gênero, religiosos ou raciais que cada uma das partes traz à consulta. No contexto externo, o ambiente (consultório, hospital, clínica, etc), ideologia dominante, religião e sistema econômico da sociedade, divisões e desigualdades sociais baseadas em gênero, etnia e especialmente classe. Todos esses fatores ajudam a definir os poderes incumbidos a cada parte numa consulta (HELMAN, 2009).





O fato do médico ser um especialista na área também influencia nessa definição de poderes. Ou seja, há uma espécie de preconceito trazido à consulta por ambas as partes. O médico, por estar numa classe social e econômica mais avantajada na maioria das vezes, deve ter mais conhecimento sobre o assunto, pois deve ter estudado mais para chegar a esse nível e se tornar um especialista. A mulher pode acabar sentindo-se inferiorizada nessa relação e inapta a questionar, seja para saber mais sobre o assunto ou para discordar da opinião do especialista.

A questão da mulher ser e sentir-se inferiorizada é histórica. No auge da era moderna, século XIX, o pensamento de que a natureza feminina era “algo a ser conquistado” pelo homem, dominador da cultura, é um pensamento fortemente enraizado, que não só se reflete nos dias de hoje como ainda é amplamente aceito, mesmo que não conscientemente. Segundo antropólogos feministas, “no pensamento ocidental, em particular, as mulheres e sua sexualidade muitas vezes são vistas como menos ‘culturais’ do que os homens e equiparadas à ‘natureza’ (descontroladas, perigosas, poluidoras) e não à ‘cultura’ (controlada, criativa, ordenada) do mundo dos homens” (Helman, 2009). Como no pensamento ocidental a cultura é considerada superior e mais humana que a natureza, esse tipo de pensamento fornece uma justificativa para a superioridade dos homens, que deveriam então transformar essa natureza feminina em algo produtivo, mais “cultural”.

A medicina moderna ocidental, por sua vez, destaca-se pelo papel prático e simbólico cada vez mais importante desempenhado pela tecnologia tanto no diagnóstico quanto no tratamento. No âmbito do evento da gestação e do parto, o “imperativo tecnológico” não se dá apenas pelo uso exagerado e desnecessário da cirurgia cesariana, mas também pelo excesso de intervenções, como anestesia, analgesia, episiotomia, etc.

Técnicas que muitas vezes não são sequer comprovadas por evidências científicas, como a episiotomia, por exemplo (Dr. Júlio Massonetto, diretor-técnico da maternidade Amparo Maternal), e que trazem riscos inerentes a qualquer medicalização ou cirurgia. “O parto vem sendo conduzido de uma forma tecnicista, com excesso de técnica e de tecnologia, não oferecendo o aconchego e o afeto. O médico transformou a experiência do nascer num ato, numa intrincada manobra cirúrgica” diz o Dr. Cláudio Basbaum, ginecologista obstetra, em um documentário realizado pelo COREN, em 2009. Quando o uso da tecnologia é excessivo, o que foi feito para ajudar pode acabar atrapalhando. Segundo Helman, “Neste ambiente, o uso excessivo da tecnologia envia uma mensagem à gestante de que seu próprio corpo é meramente uma máquina defeituosa - que precisa ser controlada e dirigida pelos técnicos (médicos), e não por ela mesma. Isso, por sua vez, pode ter importantes consequências emocionais para ela.” (HELMAN, 2009). Ou seja, a mensagem que a mulher recebe pode ser entendida como “você não é capaz”, “seu corpo não é perfeito para isso”. Esse tipo de mensagem acaba minando a coragem da mulher, que não se sente apta a dar à luz seu próprio filho.

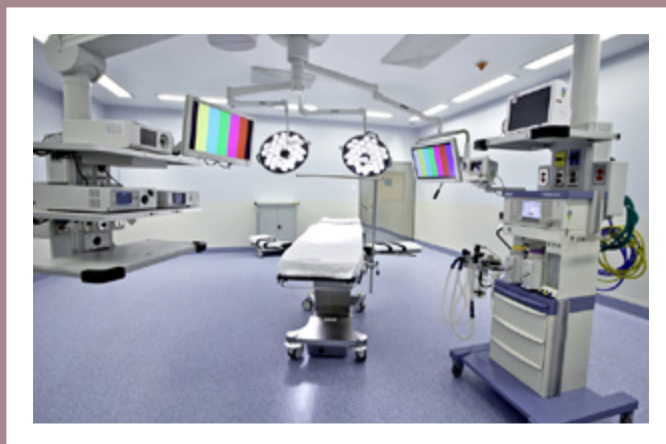
137

Para Davis-Floyd, antropóloga médica e cultural, a hora do trabalho de parto é um momento em que muitos dos valores mais básicos da sociedade são transmitidos para a mulher. De acordo com a autora, esses valores incluem: “sua impotência diante do patriarcado, o caráter ‘defeituoso’ de seu corpo feminino, a necessidade que a medicina tem de controlar seus processos naturais, sua dependência da ciência e da tecnologia e a superioridade contínua das instituições e das máquinas sobre as crenças e os significados individuais.” Essas mensagens são mais facilmente transmitidas à parturiente no ambiente impessoal do hospital do que no doméstico, segundo a antropóloga, onde a estrutura de poder pode ser mantida e reforçada.

Em geral, nos hospitais, a pessoa doente é separada de sua família, de seus amigos e da comunidade em um momento de crise pessoal. No hospital, ela sofre um ritual padronizado de despersonalização. São uniformizados com pijamas, camisolas, e são destituídos de muitos pertences pessoais e privacidade. Acontece uma perda de controle sobre o próprio corpo, espaço e tempo. “Os pacientes são afastados do apoio emocional contínuo da família e da comunidade”, ficando aos cuidados de pessoas desconhecidas, numa relação caracterizada pela impessoalidade, distância, formalidade e frequente uso de jargão profissional, linguagem inacessível a grande parcela da população. “Os pacientes em uma enfermaria formam uma ‘comunidade de sofrimento’ temporária, ligada pela comiserção, focos de enfermaria e conversas sobre as condições dos outros.” (Helman, 2009). Nesse ambiente, o paciente sente-se mais próximo àqueles em situação parecida com a sua, e naturalmente reconhece a si mesmo um estado mais vulnerável e frágil, mesmo que, fisiologicamente, não seja real. Uma mulher que está em trabalho de parto num ambiente desses também acaba se reconhecendo numa situação vulnerável, como a de seus “companheiros” na “comunidade de sofrimento” e pode acabar associando sua situação como uma situação patológica ao invés de apenas fisiológica.

Segundo Helman, quando essa mulher encontra-se numa cesariana em um centro cirúrgico, essa associação reforça-se ainda mais. Num centro cirúrgico, o campo visual da mulher lhe passa uma mensagem perceptual arrasadora, de que a tecnologia é suprema e impera ali, e a mulher é totalmente dependente dela e das instituições e indivíduos que controlam e administram essas instituições.

No século XVII, Descartes, Bacon e Hobbes desenvolveram um imaginário de um universo mecanicista, seguindo leis previsíveis, “que poderiam ser descobertas pela ciência e controladas pela tecnologia. Davis-Floyd associa a cultura tecnicista da obstetrícia moderna a esse imaginário.



1. Centro cirúrgico do Hospital Israelita Albert Einstein, unidade Morumbi, São Paulo. Fonte: <https://i.ytimg.com/vi/QZZLDlvG5VM/maxresdefault.jpg>
2. Centro cirúrgico do Hospital e Maternidade São Luiz, unidade Jabaquara, São Paulo. Fonte: [http://www.saoluiz.com.br/Libraries/unidade\\_jabaquara\\_fotos/Centro\\_Cir%C3%BArgico\\_-\\_Sala\\_inteligente.sflb.ashx](http://www.saoluiz.com.br/Libraries/unidade_jabaquara_fotos/Centro_Cir%C3%BArgico_-_Sala_inteligente.sflb.ashx)

**“A teologia cristã sustentava que as mulheres eram inferiores aos homens, estando mais próximas da natureza. Consequentemente, os homens que estabeleceram a idéia do corpo como uma máquina também estabeleceram o corpo masculino como o protótipo dessa máquina; assim, o corpo feminino desviava-se do padrão masculino, sendo considerado, portanto, inerentemente anormal, defeituoso, perigosamente imprevisível e sob influência da natureza, exigindo manipulação constante pelos homens.”**

*(Helman, 2009)*

O dualismo de Descartes levou à dissociação conceitual entre alma e corpo, metaforizando o corpo como uma máquina e o colocando exclusivamente nas mãos da ciência e tirando-o do escopo da religião (Helman, 2009). “A teologia cristã sustentava que as mulheres eram inferiores aos homens, estando mais próximas da natureza. Consequentemente, os homens que estabeleceram a idéia do corpo como uma máquina também estabeleceram o corpo masculino como o protótipo dessa máquina; assim, o corpo feminino desviava-se do padrão masculino, sendo considerado, portanto, inerentemente anormal, defeituoso, perigosamente imprevisível e sob influência da natureza, exigindo manipulação constante pelos homens.” (HELMAN, 2009)

Nesse cenário, sociólogos médicos defendem que a medicalização como agente de controle social, principalmente sobre as mulheres, é algo real. A medicalização também torna-se mais provável se o corpo é conceitualizado como “máquina”, “visto apenas à parte de seu contexto social e cultural.” (Helman, 2009). Outras técnicas, como ultrassom, exames pré-natal, etc, “ênfatizam o poder crescente da tecnologia médica sobre o corpo, pois essa capacidade de “ver” o seu interior transforma a mulher e seu feto em objetos de vigilância e controle médicos rígidos.”

Todos esses fatores fazem parte de um cenário onde a mulher é bombardeada por mensagens a todo o momento da superioridade da tecnologia e da ciência médica sobre o seu corpo, suas sensações, percepções e experiências, entendimentos e interpretações.

Em seu livro, Helman cita o antropólogo cultural Victor W. Turner, que defende que “em uma situação social, os rituais expressam e renovam certo valores básicos da sociedade, especialmente no que se refere aos relacionamentos entre pessoas, entre pessoas e a natureza e entre pessoas e o mundo sobrenatural - relacionamentos que são integrais para o funcionamento de qualquer grupo humano.”

Reforçam, por exemplo, a relação médico-paciente, entre mulher e o parto, entre médico e o parto, entre a família e sua religião, etc. O evento do parto, por envolver todas essas questões, pode, portanto, ser considerado um evento ritualístico.

Os rituais usam, muitas vezes, certas ferramentas que podem ter sido criadas com o intuito de servirem de ferramentas de reforço desde sua concepção ou não. Um exemplo de símbolo ritual que o livro nos traz é o jaleco branco do médico. O jaleco branco pode remeter a várias associações, dependendo do contexto. No contexto da cura, (hospital, consultório médico, etc), além dos aspectos técnicos, como manter e mostrar higiene e evitar contaminação, também pode simbolizar “ciência” e “confiabilidade”. Outras associações trazidas pelo autor são: “repositório de conhecimento especializado e inacessível”, “poder para obter detalhes íntimos da vida dos pacientes e examinar os corpos deles”, “prescrever medicações ou outros tratamentos e tomar decisões que envolvem vida ou morte”, “hospitalizar pacientes, alguns contra sua vontade”, “orientação em relação ao cuidado e ao alívio do sofrimento”, “confiabilidade e eficiência”, “distanciamento emocional e sexual”, “limpeza”, “respeitabilidade e alto status social” e “renda elevada”. Ou seja, como já dito anteriormente, todos esses pré conceitos, já são levados à consulta pela própria paciente, a partir de sua experiência na sociedade, onde, por exemplo, anúncios de televisão, filmes, novelas, normalmente trazem essa figura do médico, que está sempre de jaleco branco. Sendo o médico alguém de “respeitabilidade e alto status social”, “renda elevada”, um “repositório de conhecimento especializado e inacessível” e que tem experiência com “orientação em relação ao cuidado e ao alívio do sofrimento”, a paciente pode ficar intimidada e receosa ao questioná-lo. Pode, por exemplo, achar boba ou incabível a sua pergunta, como foi o caso de uma das entrevistadas.



O médico ainda é visto como alguém com o poder de “prescrever medicações ou outros tratamentos e tomar decisões que envolvem vida ou morte”, pois, sendo um especialista na área, sabe o que é o melhor a se fazer. O que muitas vezes não é levado em consideração é que muito da área médica não é baseada em evidências. Segundo o documentário *Business of Being Born*, muitos bebês nas décadas de 1930 e 1940 nasciam com deficiências causadas por práticas médicas sem o respaldo de evidências científicas a longo prazo, práticas que afetaram as vidas de milhares de pessoas daquela época pelo resto de suas vidas. Hoje, muitas práticas recorrentes ainda não são baseadas em evidências. Enquanto isso, estudos baseados em evidência mostram que, ao contrário do que se imagina, a cesariana, por exemplo, está ligada a vários problemas de saúde para a criança, como a diabetes, problemas respiratórios, obesidade, asma, alergias e outras doenças não transmissíveis.

Em culturas de parto não ocidentais o parto pode ser diferente. A OMS estima que, mundialmente, 60 a 80% dos partos são auxiliados por parteiras tradicionais, as quais são denominadas pela OMS “auxiliares tradicionais de parto” (ATP). Elas são encontradas em quase todas as vilas e em muitos subúrbios urbanos na África, na Ásia, na América Latina e no Caribe. Além de auxiliarem no parto, elas supervisionam cuidados do pré e pós-natal e realizam rituais importantes durante a gravidez e parto.

Esses cuidados podem ter um impacto que transcende momento do parto. Nas áreas rurais da Jamaica, quase todo bebê nasce com o atendimento de uma nana (ATP). Estima-se que 25% dos partos na Jamaica seja auxiliado por elas. Nas vilas, elas são reconhecidas como pessoas de status elevado e grande autoridade na comunidade local, “uma figura-chave na coesão das mulheres nas comunidades rurais jamaicanas”. As nanas ajudam não só em nascimentos, mas também em outras questões familiares de diversas naturezas.

Ou seja, elas são vistas como grandes “mães”, que trabalham seguindo uma abordagem familiar e íntima. “Todas as nanas são mãe, pois ‘ser uma nana é, na verdade, uma extensão do papel de mãe, de modo que todas elas são consideradas mães bem-sucedidas em seu papel.’”(Helman, 2009). Para elas, o papel delas não termina no nascimento do bebê, mas sim no “renascimento de uma mulher como mãe.” Segundo Helman, Nota-se aí um contraste com a sociedade tecnológica ocidental, que considera esse tipo de atenção uma coisa secundária, onde a eficiência e a velocidade do parto são super valorizadas e e fatores emocionais são suprimidos.

A OMS defende o maior treinamento das ATPs, integrando-as mais ao programas de saúde em geral enquanto assegura, mantém e respeita a arte tradicional e rituais particulares de cada cultura. Agências de ajuda internacional como a UNICEF desenvolveram programas de treinamento para ATPs, fornecendo kits depois da instrução.

Em Tamil Nabul, no sul da Índia, o ritual também é outro. As mulheres têm maior acesso ao hospitais públicos e fazem mais uso deles. A diferença em relação à cultura ocidental está em como elas encaram a dor. Lá, muitas mulheres insistem em ter seu parto induzido e acelerado por drogas como a ocitocina sintética, embora isso aumente consideravelmente o nível de dor. Isso ocorre porque, segundo sua cultura, essa dor, conhecida como vali - palavra que também significa “força” ou “poder” - aumenta significativamente o nível de satki da mulher, o “poder regenerativo” dela. O satki é “o mestre ativador da vida, o princípio da mudança sem fim que é tanto celebrado quanto temido”. Suportando uma dor maior a mulher alcançaria um satki maior. Nessa compreensão de dor vemos que ela não se dá de forma patológica, a dor não é vista como algo errado a ser tratado, algo indesejado. A dor é vista como fisiológica e é aceita como algo inerente ao processo de parto, e não apenas um sofrimento.

**“(...) a experiência sensorial da dor aguda é essencial para a construção da comunidade”**

*(Helman, 2009)*

Segundo Helman, a dor aguda é identificada em muitos ritos de passagem, ritos em que o indivíduo se transforma, transforma a sua identidade. Essa dor aguda pode ter a seguinte função social: “fazer com que outras pessoas instantaneamente estejam conscientes daquela pessoa e de seu sofrimento e criar uma conexão emocional entre elas”. A dor estaria, então, rompendo barreiras entre pessoas, pois ela tem também “um potencial eminentemente social de reforçar um sentido de união entre os indivíduos e produzir um real parentesco social. Em outras palavras, a experiência sensorial da dor aguda é essencial para a construção da comunidade”. No caso do parto, muito acreditam que a dor ajuda a construir o vínculo entre mãe e bebê. O sentimento de conquista e gratificação é alcançado quando se é permitido vivenciar a dor, passar por ela e chegar ao seu final. Para Michel Odent, grande ativista e um dos precursores do parto humanizado, a ocitocina natural (hormônio que ativa as contrações) é o “hormônio do amor”. Este é o mesmo hormônio, embora natural, e não sintético, usado pelas mulheres de Tamil Nabul para terem mais dor. Porém, na sociedade “medicalizada” moderna, todos os esforços são feitos para minimizar a dor a qualquer custo, “quer seja em tratamentos médicos, cirurgias, partos ou doenças”.

Atitudes em relação à dor são adquiridas precocemente na vida, como parte do crescimento em uma determinada família e comunidade. Segundo Helman, elas também tendem a mudar com o tempo, à medida que novas tecnologias e formas de alívio da dor são disponibilizadas, especialmente em sociedades passando por desenvolvimento social e econômico. A partir disso pode-se entender que, em sociedades em desenvolvimento (Brasil, por exemplo) e desenvolvidas (Estados Unidos, por exemplo), as tecnologias e formas para o alívio da dor podem estar distanciando a comunidade da experiência da dor, o que a leva também a temer mais o desconhecido da dor. O mesmo pode ser aplicado à dor no parto.









**conclusão da primeira parte**

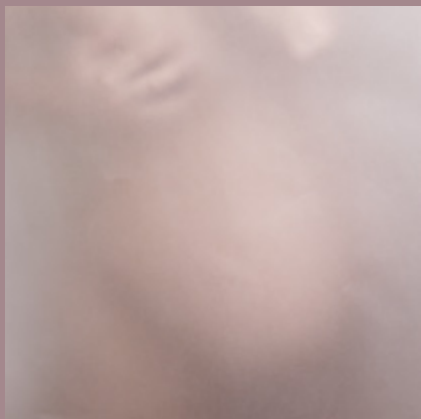
Foi identificado que um dos principais motivos para a cesariana eletiva é o medo da dor no parto. Dissecando essa informação, temos que, na sociedade moderna, há um distanciamento da experiência da dor, pois é bastante associada ao sofrimento. Isso reflete no evento do parto, onde a mulher moderna acha desnecessário passar por essa dor já que há disponível uma tecnologia que “evita” esse sofrimento. No entanto, ela não percebe os riscos e malefícios à saúde a que se submete. Ou percebe, mas, por medo do desconhecido, prefere arriscar. Outros fatores que intensificam esse medo da dor são relatos de outras pessoas, histórias de experiências não satisfatórias de outras mães, ou ainda o modo como o parto e trabalho de parto são retratados na mídia. Muitas mulheres também tem dificuldade em confiar na natureza do próprio corpo, o que pode ser oriundo de sua vivência na sociedade tecnicista.

Um tema tão delicado e complexo desses deveria ser tratado não apenas no nível intelectual mas também no emocional e sensorial. Uma exposição, ao mesmo tempo que sensibiliza, informa, ou ao menos pode despertar o interesse no assunto, levantando discussão sobre o tema. Além disso, o visitante tem a oportunidade de explorar o tema de maneira mais próxima, já que a exposição pode contar com apoio de uma equipe educativa.

**“O grande medo das mulheres  
no parto natural é a dor.”**

*(Enfermeira Andrea Porto – Conselheira do COREN – SP)*







**sobre projeto de exposições**

# *“Expografia Contemporânea no Brasil”*

Definida a mídia através da qual o tema seria tratado, surgiu a necessidade de se pesquisar também sobre projetos expográficos cenográficos e experiências imersivas. Na concepção do presente projeto foram considerados os princípios e conceitos estudados em duas obras principais.

A dissertação de mestrado de Renata Figueiredo, intitulada “Expografia Contemporânea no Brasil - A Sedução das Exposições Cenográficas” trata de um estudo de caso tomando o Museu do Futebol em São Paulo como base.





Segundo Renata Figueiredo, recursos cenográficos estão sendo cada vez mais explorados em projetos de exposições. Eles vêm como facilitadores da leitura da narrativa, já que é simbolista. A autora analisa os conceitos de “experiência” e “sedução” com uso de recursos cenográficos, e entende que a cenografia é usada como “artifício para facilitar a apreensão dos conteúdos expostos” (FIGUEIREDO, 2011, pg 21). Além disso, interatividade e recursos audiovisuais também reforçam a experiência sensorial do visitante. O maior objetivo de uma exposição é tornar essa apreensão tangível.

Hoje, há uma demanda (e desejo) por exibir patrimônio (material e imaterial), o que gera grande quantidade de projetos expográficos. Pode-se perceber isso tomando a Inglaterra e Estados Unidos como expoentes na área.

*“The opportunities for exhibition designers and professionals have never been greater. Countries around the globe are discovering that exhibition are a sophisticated and significant medium of expression and, judging by the furious activity in the world’s most prestigious design agencies, we stand on the cusp of a new era. Centres in the countries that have no tradition of exhibiting will reach out to millions of visitors, many of whom will learn about themselves, their countries, their history and their traditions for the first time, through the medium of interpretative design.”* (HUGHES, 2010, p.212)

No Brasil, esse boom de exposições nas últimas décadas vem ganhando peso desde a exposição “Brasil + 500: Mostra do Redescobrimento” (em 2000), projeto de Daniela Thomas e Felipe Tassara, e é com essa exposição que o termo “cenografia de exposições” surge no Brasil.

Para uma exposição imersiva é importante fazer do visitante um ator, ou jogador, espírito este que não é distante daquele empregados nos parques temáticos. Tudo isso a fim de fazer o visitante se emocionar e divertir.

Figueiredo (2011) destaca ainda que “o termo ‘cenografia’ é aqui empregado como o conjunto de elementos utilizados para contextualizar e dar vida a um tema. (...) Utiliza para tal um conjunto de cores, texturas, formas, iluminação e sons para fazer com que o espectador mergulhe no universo desejado.”

Para Beatriz Russo e Paul Hekkert, citados na tese de Renata, há três níveis de experiência que ocorrem simultaneamente:

- *Experiência estética*: grau em que todos os sentidos são gratificados;
- *Experiência de significado*: significado apegado aos produtos;
- *Experiência emocional*: sentimentos e emoções evocados.

Tais conceitos podem ser transpostos para as exposições, considerando a cenografia como criadora de significado através do conteúdo que ela mostra e da construção de elementos sensoriais que evocam sentimentos e emoções.

Além disso, há também cinco princípios fundamentais que consideram centrais para a “experiência amorosa” entre pessoas e objetos:

- *Interação fluida*: deve ser uma atividade intrinsecamente compensadora, em que a pessoa fique completamente imersa. Algumas atividades podem ser mais desafiadoras e “por ultrapassar as limitações existentes e imaginadas, encontram a transcendência”.
- *Lembrança de memória afetiva*: seriam souvenirs. Eles contribuem para manter o senso de identidade. Numa exposição, o vínculo do visitante com o que é proposto cria uma relação de afeto através da memória. Odores, audição, visão, tato e paladar são gatilhos sensoriais.
- *Significado simbólico (social)*: pessoas são seres naturalmente sociais e a comunicação dessa identidade pode satisfazer prazeres sociais. Prazeres sociais são obtidos através da interação com outros.
- *Compartilhamento de valores morais e éticos*
- *Interação física e prazerosa*: relação com as propriedades táteis do produto ou exposição e a maneira como interage com o corpo “gratificando-lhes os sentidos”.

**“O toque não apenas provê  
informações sobre o mundo  
a nossa volta , mas também  
nos torna conscientes quanto  
ao nosso próprio corpo, o que  
forma a base da experiência  
do próprio ser”**

*(RUSSO; HEKKERT, 2008)*

Hoje, o conceito de exposições colaborativas cresceu e agora a interatividade está também na geração de conteúdo. Dessa forma, o visitante não apenas se apropria do conhecimento das exposições e compartilha a experiência expográfica como também discute o que foi visto, gerando debates sobre o tema e agregando ainda outros pontos além daqueles apreendidos na exposição.

Neste trabalho todos esses critérios foram considerados na criação das instalações e experiências.

Figueiredo (2011) ainda nos apresenta a teoria de Jean Davallon, que propõe que as exposições podem não apenas exibir objetos, mas também transmitir conhecimentos/mensagens através desses objetos e pela forma como são expostos, ou seja, analisa qual é a “operatividade simbólica” das exposições. Essa teoria vem de encontro com o que se esperava fazer neste projeto de conclusão de curso: trazer não só objetos mas também ambientes que criassem uma atmosfera, produzindo sensações, que facilitassem a apreensão das questões trazidas no tema.

163

O autor chama atenção para a diversidade de elementos semióticos envolvidos e as múltiplas linguagens que uma exposição possui.

Davallon cita como item relevante de uma exposição o contrato comunicacional, que se baseia na veracidade e autenticidade do que é dito. O objetivo é fazer com que o visitante acredite na veracidade e autenticidade do que é dito e exposto. Além disso, usa-se nomes de renomados curadores, museus, arquitetos, instituições, etc. Uma condição de êxito para a exposição é que o visitante deve crer que tudo aquilo que é apresentado são fatos reais, ou o contrato se quebra. Para que o visitante parta desse pressuposto, precisa de garantias, como “signos que atestam o vínculo entre o objeto exposto e o mundo de sua pertinência”.

Outro modo de suspender a incredulidade do visitante é criando “ritos de passagem” para o visitante perceber que está entrando em outro universo.

Nesse sentido, a cenografia serve como estratégia para transmitir essa veracidade ao tema e facilitar a compreensão do público sobre o assunto.

A intenção (propósito ou proposta) também é um ponto importante no processo de concepção de uma exposição. Trata-se do efeito que gostaria de produzir no visitante. Pode ser um prazer artístico, transmitir um saber ou compreensão, uma identidade, apenas diversão ou até comercial. A partir daí revela-se a(s) classificação(ões) da exposição como estética, semiótica, social, política, etc.

Diferentemente da intenção, temos a intencionalidade, que diz respeito ao modo como deseja-se comunicar-se com o visitante.

A ambientação é ponto importante também, já que a exposição é um espaço onde se produz linguagem. Para iniciar a construção dessa linguagem, a ambientação ou layout deve conduzir o visitante ao objeto. O percurso criado tem duas finalidades principais: produzir a compreensão do visitante e “de conter a exposição dentro de um contexto comunicacional”.

Para a construção da mensagem e do significado, dois elementos são importantes: textos e percurso expositivo, que devem dialogar sinergicamente.

O percurso (ou circuito) pode se dar pelo encadeamento de transformações ou de significados no decorrer da visita:

- *Encadeamento de transformações*: uma aventura que muda seu modo de vida e seu status social. Exige mudanças constantes de espaços e o caminho é marcado por signos e tiso que contribuem para desenhar o mapa mental do caminho. Existe um “programa-tipo” de transformação em que “o visitante é posto em tensão com o universo real ou imaginário e o visitante pode agir atribuindo significado ao que é visto ou participado.” Acontece em quatro partes: ruptura com o mundo cotidiano; aquisição de ferramental para atribuição de significados à exposição; realização da ação essencial (encontro com a parte principal da exposição); e reconhecimento que a ação essencial foi realizada. A obtenção de valores se dá pela soma dos valores obtidos na exposição e o repertório de sua vivência no mundo, formando um interpretante.

- *Encadeamento de significados (produção de sentido)*: dada pela sinalização, pela linguagem gráfica dos textos explicativos e repetição de signos a fim de facilitar o conhecimento e memorização da leitura do espaço.

165

Na tese, Renata explica ainda que, para Philip Hughes, autor do livro *Exhibition Design* (2010), há quatro segmentos de visitante modelo:

- *Especialista*: aquele que já domina o assunto e busca conhecimento que foge do óbvio.

- *Turista habitual*: familiariza-se com o assunto mas quer aprofundar seus conhecimentos, normalmente motivado por curiosidade.

- *Aventureiro*: aquele que não conhece o assunto, mas deseja familiarizar-se com as principais informações, e precisa de um nível básico de informações bem organizado.

- *Desorientado*: não conhece o assunto e procura apenas um ponto significativo para poder situar-se.

Neste projeto, o segmento foco foi o turista habitual.

# “*Engaging Spaces*”

*Kossmann.dejong* é um escritório de design holandês responsável por numerosas exposições imersivas marcantes ao redor do mundo.

O Museu Marítimo Nacional, na Dinamarca, o Museu Florence Nightingale, em Londres, o Urbanian Pavilion, em Shanghai, o Salão do Livro, em Paris, a Feira Internacional do Livro, em Tóquio, por exemplo, são alguns de seus projetos.





Em seu livro, os autores Herman Kossmann e Mark de Jong entendem a exposição como um “narrative space” (“espaço narrativo”, em tradução livre), onde a função do designer é traduzir histórias geralmente complexas em uma narrativa espacial e provocadora.

Eles defendem que, seja uma igreja medieval, um parque temático da Disney, uma instalação artística ou uma exposição, o que esses espaços têm em comum é o fato de serem mídias espaciais narrativas. Além disso, esses projetos não só trabalham em um nível intelectual e informativo, como também carregam um poder de comunicação sensorial e emocional.

***“Kossmann.dejong do not consider an exhibition to be a static arrangement of things but a spatial story with different layers and a dramatic build up.” (KOSSMAN; DEJONG, 2010)***

No livro, explicam que essa abordagem narrativa e multimídia está, geralmente, mais relacionada a parques temáticos e de diversão do que a museus, mas quando se olha a história de espaços narrativos, vê-se que igrejas ou outros templos religiosos já buscavam criar ambientes que envolvessem os visitantes em uma experiência profunda que estimulasse tanto o intelecto quanto os sentidos. Na verdade, a maioria dos museus estimula apenas o intelecto, como as antigas “cabinets of curiosities” (“cabinete de curiosidades”, em tradução livre). Essa inspiração surgiu, segundo eles, nas décadas de 1920 e 1930, quando feiras internacionais começaram a se voltar para o público em geral, ao invés de apenas profissionais da área. Para conseguir atingir um público tão diverso, as feiras se inspiraram em teatros populares e circos, muito populares na época, incorporando novas técnicas de som, filme, fotografia e iluminação, criando assim fascínio nos visitantes. O objetivo central para esse novo tipo de exposição era como conduzir a atenção do público, o que poderia ser atingido criando uma sequência contínua e dramática, com um começo, meio (clímax) e fim. Esse foi o conceito utilizado por Walt Disney na criação da Disneylândia, na década de 1940.

**“(...) an exhibition is in a unique position to inform and seduce, to create wonder, involvement and experience in visitors. (...) The task is always to immerse the visitor in an experience full of content and impact that provokes new ideas.”**

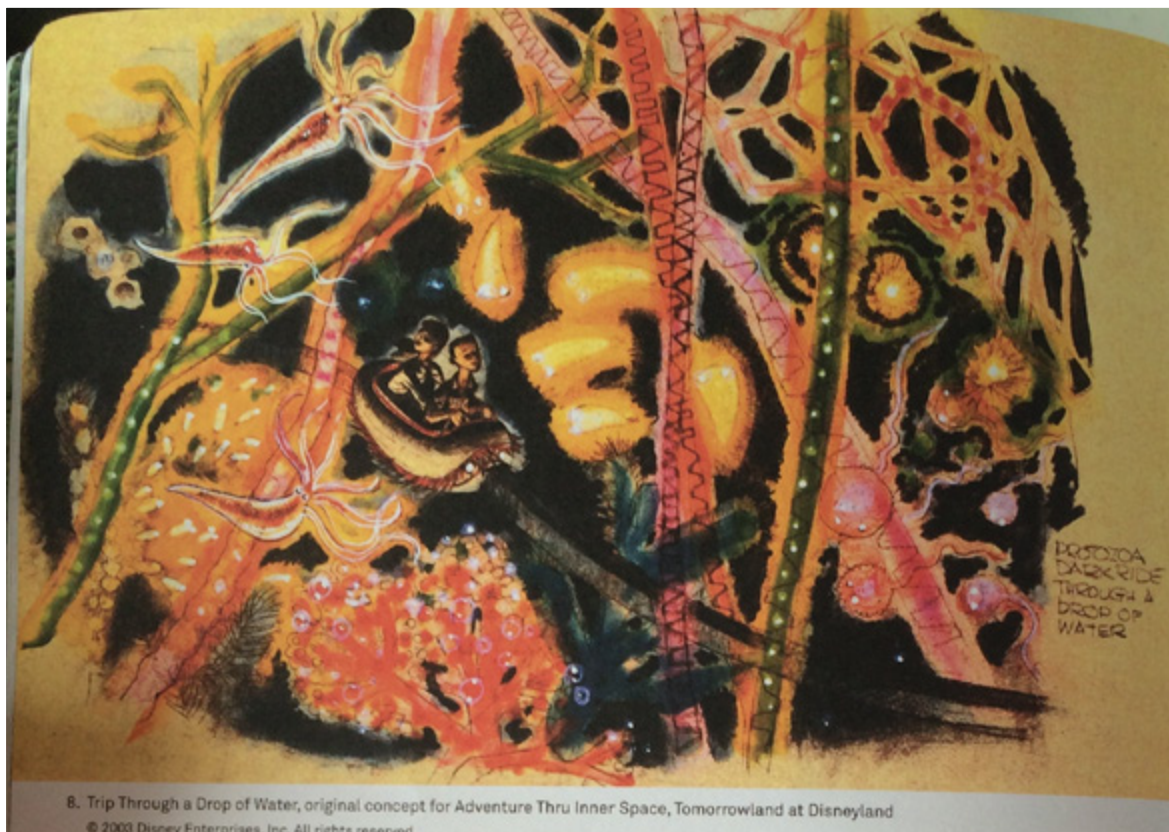
*(Kossmann; Dejong, 2010, pg 7)*

Walt Disney queria ultrapassar as barreiras bidimensionais de filmes e quadrinhos criando um mundo onde os visitantes poderiam fisicamente experienciar o mundo das famosas histórias da Disney e encontrar seus personagens favoritos ao vivo e a cores. Não apenas isso, Walt Disney queria fazer seus visitantes participarem da história, onde seus sentidos pudessem realçar a experiência. Assim, seus “imagineers” (combinação entre as palavras “imaginação” e “engenheiros” em inglês), projetavam primeiramente as experiências que gostariam de proporcionar como storyboards, que levavam os visitantes a momentos de clímax.

O desejo de ultrapassar as barreiras do bidimensional também surgiu em artistas na década de 1920. Instalações artísticas podem ser consideradas espaços narrativos onde o “espectador” é considerado uma presença física no espaço e interfere nele. Assim, outros sentidos, além da visão, são explorados também. Porém, nessas instalações, muitas vezes exige-se mais da imaginação do visitante do que a imitação da fantasia da Disney.

“We are not just surrounded by a physical scenario but are submerges by the work. We dive into it and are engrossed as when we are reading a book, watching a film or dreaming.” (Ilya Kobakov citado em “Engagement Spaces”)

Para Ilya Kobakov, o visitante na instalação deveria sentir-se como uma pessoa que acidentalmente entrou no quarto de algum estranho e não através de uma porta ou janela, mas tocando objetos estranhos a ele. Esse tipo de instalação são como cenários que sugerem uma ação ou processo dramático sem torná-lo visível. É função do visitante usar associações pessoais, memórias e desejos para interpretá-los. Dessa forma, o visitante e a instalação tornam-se intrinsecamente ligados, intensificando a experiência da própria presença no espaço.



8. Trip Through a Drop of Water, original concept for Adventure Thru Inner Space, Tomorrowland at Disneyland  
© 2003 Disney Enterprises, Inc. All rights reserved



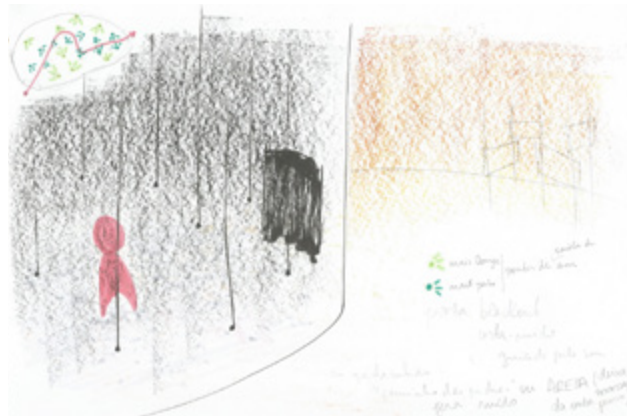






**a exposição**





# definição da mensagem e discurso

A intenção da exposição é instigar os visitantes (principalmente as visitantes) a questionarem o modelo obstétrico brasileiro atual. Sobre o padrão de atendimento às gestantes. Será que é normal que um processo fisiológico natural seja tratado como uma urgência médica? Será que é normal que parturientes sejam forçadas a ficarem deitadas durante o trabalho de parto? Será que é normal que suas vaginas sejam cortadas sem seu consentimento?

Será que é normal que precisem tomar hormônio sintético, fazendo-as sentir mais dor, e, conseqüentemente receber mais anestesia, para acelerar o trabalho de parto? Será que é normal que sejam tratadas sem respeitar suas vontades e necessidades? Será que é normal que a dor do parto seja um sofrimento? Será que é normal que o parto seja um sofrimento tão terrível?



Tratar de um assunto tão complexo não é simples. Os questionamentos surgem a partir de instalações imersivas que simbolizam de forma sintética e delicada cada fator gerador de medo. O medo de viver uma experiência nova, a punição divina como explicação para a dor, a representação de um trabalho de parto pela mídia de massas e as histórias reais de experiências de parto negativas vivenciadas por pessoas próximas reforçam ainda mais o medo da dor e do sofrimento. Portanto, para cada um desses fatores foi projetada uma instalação que fizesse o visitante entender um pouco melhor como é passar por essas experiências tão comuns no mundo da gestante.

Foi escolhida uma abordagem de levantar questionamento ao invés de “denúncia” por se tratar de um assunto em que ainda há muita discussão e muita divergência de posicionamentos. A idéia é que o visitante, a partir dos questionamentos levantados, tenha seus próprios posicionamentos e tire suas próprias conclusões. Dessa forma, o protagonismo da mulher na escolha da experiência do parto não será afetada.

Na concepção da identidade visual da exposição, a translucidez difusa característica do papel vegetal foi usada para simbolizar tanto o aspecto místico quanto obscuro da gravidez e das informações acerca dela, e ainda dar uma sensação etérea e feminina ao objeto da mensagem.



# definição do local e breve descrição

O local escolhido para abrigar a exposição foi o “Porão” do Centro Cultural São Paulo, oficialmente conhecido como Espaço Cênico Ademar Guerra. O espaço fica no subsolo do CCSP e, no momento, encontra-se em reforma.

Pareceu cabível ao tema instalar a exposição num lugar não totalmente evidente ou exposto, assim como o tema da exposição.

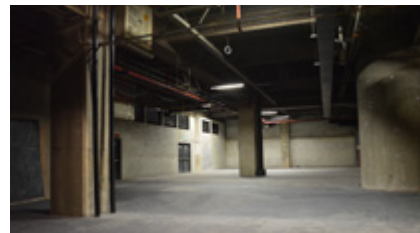




Como se fosse um lugar a ser descoberto ou “desbravado”, como se o visitante estivesse adentrando num tema enterrado e profundo, como um tabu. Ademais, trata-se de um equipamento cultural público relevante e acessível da cidade de São Paulo – requisitos desejáveis para um projeto desta natureza. O Centro Cultural São Paulo é conhecido por ser frequentado por grupos sociais diversos e por abrigar eventos que abordam questões sociais contemporâneas, como o “Seminário Internacional Onde Estão as Mulheres Arquitetas?” (16 a 19 de maio de 2017), sobre a ocupação das mulheres arquitetas em posições protagonistas no seu campo de atuação.

O acesso ao Porão é possível apenas pelos dois elevadores, posicionados cada um de um lado da sala. A imersão na experiência começa já na forma como se chega ao local.

No centro do salão encontra-se uma grande estrutura circular, de aproximadamente 4 metros de diâmetro.



Elevador da “saída” da exposição

Entrada do CCSP próxima ao metrô Vergueiro.  
Fonte: [http://www.architravel.com/architravel\\_wp/wp-content/uploads/2016/06/Centro-Cultural-S%C3%A3o-Paulo\\_1.jpg](http://www.architravel.com/architravel_wp/wp-content/uploads/2016/06/Centro-Cultural-S%C3%A3o-Paulo_1.jpg)



185



Ao fundo, área onde estará a instalação das mídias



Parede de tijolos ao fundo abrigará a instalação da religião



Elevador de “entrada” da exposição



Acima, parede onde será instalada a  
estação sobre religião.  
Abaixo, área onde estará a estação  
sobre mídia de massas





Área onde estarão as instalações da  
violência obstétrica

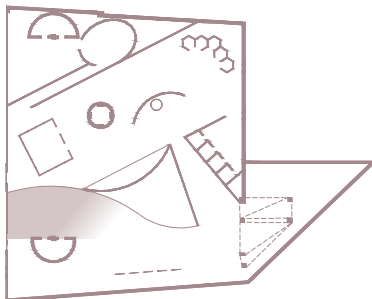
# definição da jornada

A jornada foi pensada para representar, aproximadamente, a cronologia dos fatores determinantes do medo da dor que afetam mais diretamente ou intensamente as mulheres. A ambientação é majoritariamente feita com baixa luminosidade e se aproveita dos aspectos estéticos originais do Porão.

Cada área temática será tratada aqui com o termo “estação”.



# estação “o desconhecido”





O medo do desconhecido pode afetar qualquer pessoa. Uma gestante de primeira viagem pode não conhecer todas as transformações que seu corpo vai enfrentar e ficar assustada. É um assunto novo repleto de informações, histórias e opiniões para ela, que pode se ver perdida no meio de tudo isso. Por conta disso, foi escolhido como ponto inicial da experiência.

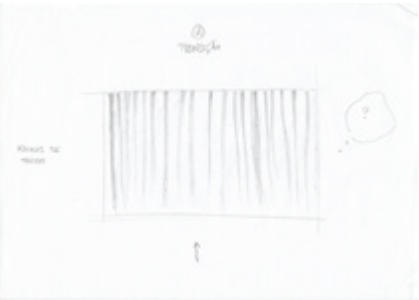
Na exposição, esse sentimento é simbolizado por tiras de papel vegetal penduradas no teto que caem até o chão. Colocadas logo na saída do elevador, funcionam também como uma transição para o assunto principal da exposição. Uma transição suave, que trabalha apenas com luz e tato. O visitante deve “mergulhar” nas tiras de papel, atravessando-as e indo em direção à luz que provém unicamente da parede de apresentação da exposição, posicionada logo à frente do elevador. Dessa forma, aplica-se o “rito de passagem” da teoria de Davallon.

O visitante se sentirá perdido, com a visão limitada. Ao abrir a porta do elevador, ele se deparará com as tiras, que já o envolvem. Incômodo e curiosidade também serão sensações vivenciadas nessa instalação. Além da baixa luminosidade, o papel vegetal trará o aspecto embaçado à visualização do espaço a ser desvendado.

A parede de apresentação será feita de tecido branco, também translúcido. Logo atrás dessa parede de tecido estará a instalação referente à questão da intervenção tecnológica usada muitas vezes de forma exacerbada na área. Esta instalação, que será melhor detalhada adiante, é um grande e intenso emissor de luz. Tal luz atravessará o tecido e iluminará o texto de apresentação, guiando o visitante que mergulha nas tiras de papel vegetal. Ou seja, o visitante será “atraído pela luz da tecnologia”.



191



Projeto de referência: COS x Snarkitecture (2015)  
Desenho de estudo

# dolor

a dor do parto o

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur  
adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt  
ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad  
minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco  
laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat.  
Duis aute irure dolor in reprehenderit in voluptate  
velit esse cillum dolore eu fugiat nulla pariatur.  
Excepteur sint occaecat cupidatat non proident,  
sunt in culpa qui officia deserunt mollit anim id  
est laborum. Sed ut perspiciatis unde omnis iste

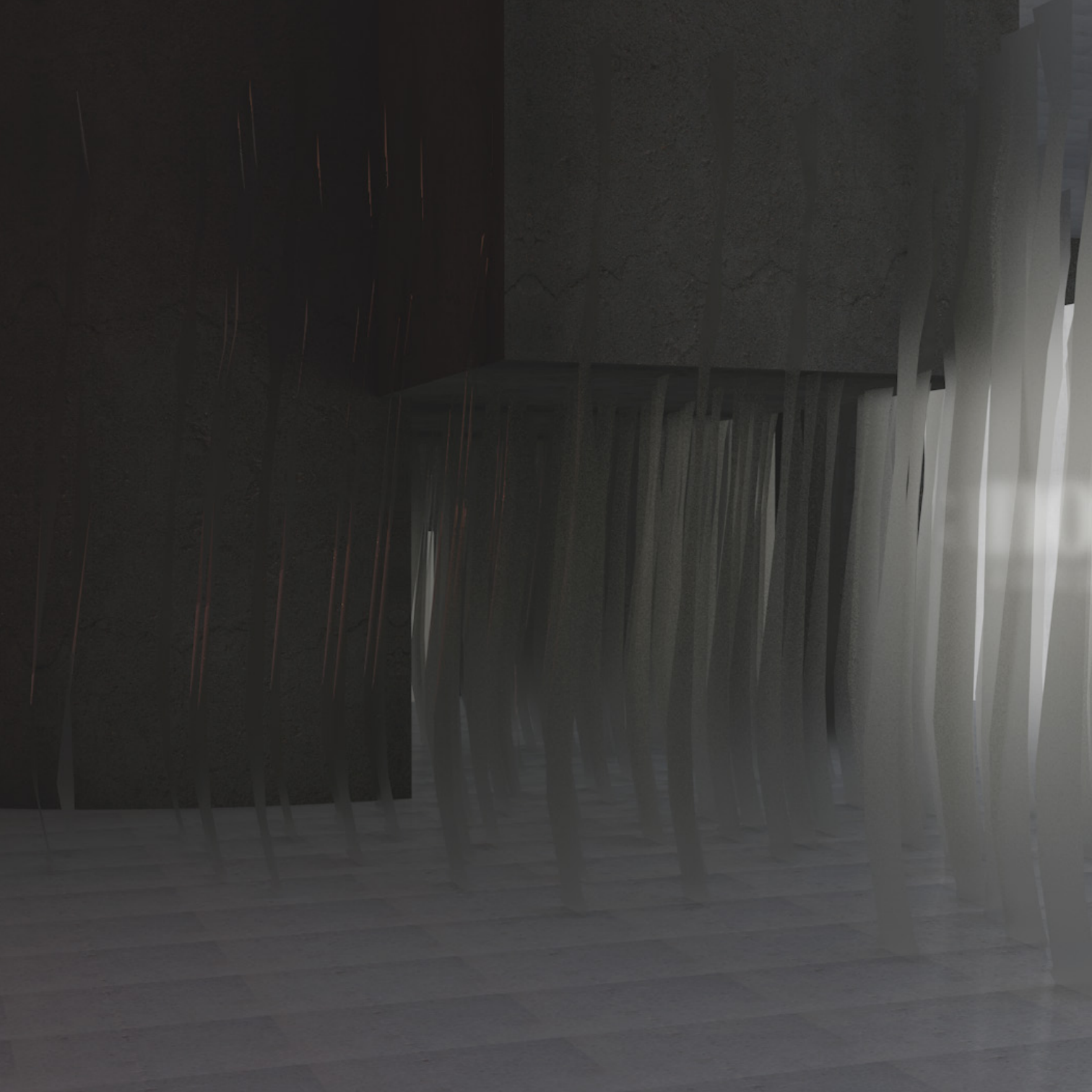
# mal

que conhecemos

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur  
adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt  
ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad  
minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco  
laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat.  
Sed aute irure dolor in reprehenderit in voluptate  
esse cillum dolore eu fugiat nulla pariatur.  
Excepteur sint occaecat cupidatat non proident,  
qui in culpa qui officia deserunt mollit anim id  
est laborum. Sed ut perspiciatis unde omnis iste

## o desconhec

Lorem ipsum dolor sit amet,  
eiusmod tempor incididunt ut  
ad minim veniam, quis nostr  
aliquip ex ea commodo cons  
in voluptate velit esse cillum  
sint occaecat cupidatat non  
mollit anim id est laborum. S  
error sit voluptatem accusan  
aperiam, eaque ipsa quae ab

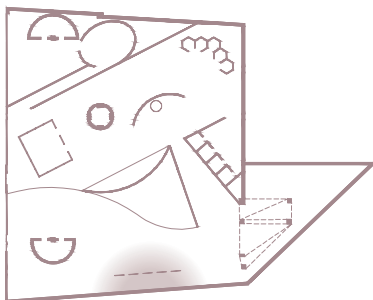




## e desconhecido

consecratur adipiscing elit, sed do  
ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim  
ad exortation ullamco laboris nisi ut  
sequat. Duis aute inure dolor in reprehenderit  
dolore eu fugiat nulla pariatur. Excepteur  
proident, sunt in culpa qui officia deserunt  
Sed ut perspiciatis unde omnis iste natus  
est et expeditum doloremque laudantium, totam rem  
apud illo inventore veritatis et quasi architecto

# estação “catolicismo”



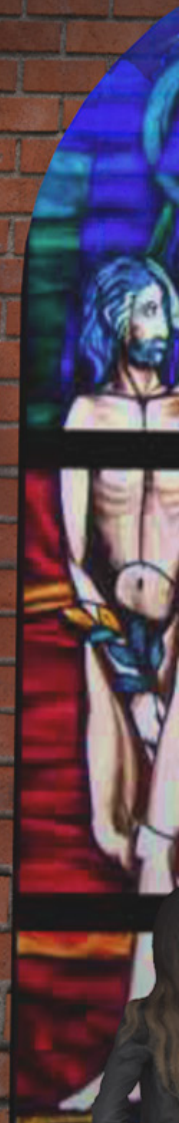
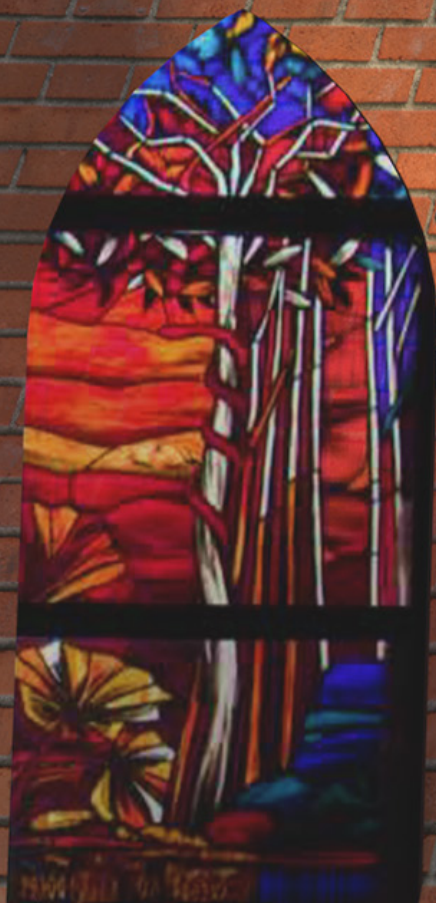
Já inserido no assunto da exposição, o visitante se depara com um fator arraigado na cultura nacional: a religião católica.

Nela, os fiéis aprendem cedo que a dor do parto vem como forma de punição, de castigo, por Eva ter oferecido ou até instigado Adão a comer o fruto proibido. Ou seja, a dor do parto vem para causar sofrimento, não só a Eva, mas a todas as mulheres de sua descendência.

A instalação consiste em vitrais colocados em uma parede inclinada já existente no salão. Ela se aproveita da estética rústica da parede, feita de tijolos alaranjados e craquelados que sobem até o concreto das vigas superiores. Uma luz quente sai por de trás dos vitrais, delineando seus desenhos e ressaltando a aspereza da parede. Ao todo são cinco vitrais que sobem a 4,30 e 3,45 metros de altura do chão (mais alto e mais baixo) que, em conjunto, formam uma imagem do momento em que Eva e Adão são expulsos do Paraíso.

O ambiente, predominantemente escuro, com luzes focais apenas atrás dos vitrais, trará um clima levemente tenso, introduzindo o visitante ao âmbito cultural do medo produzido. Os textos explicativos estarão impressos em painéis colocados ao pé desses vitrais. O visitante, ao ler, terá que abaixar a cabeça, posicionando-se em forma de respeito, submissão e aceitação à imagem que lhe está sendo apresentada.

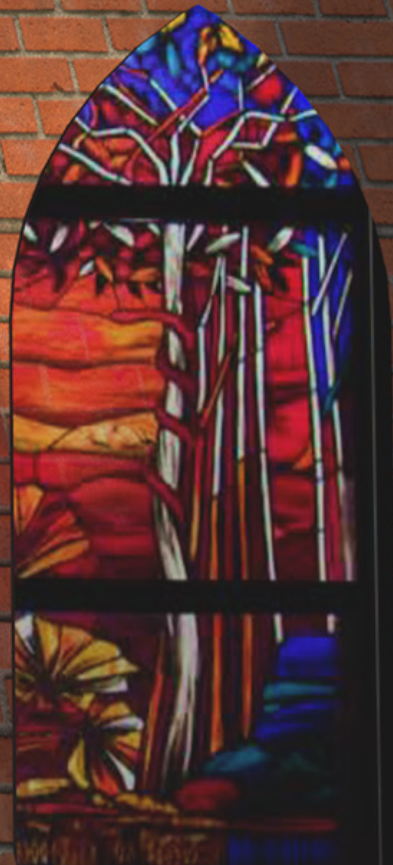
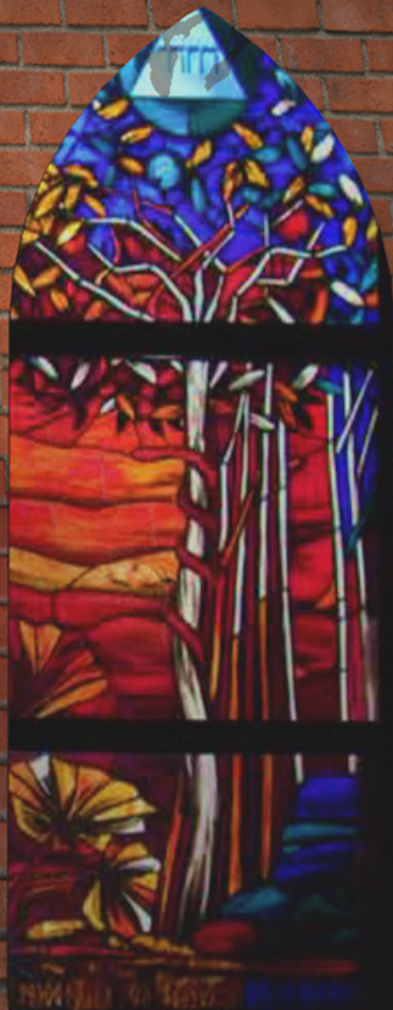
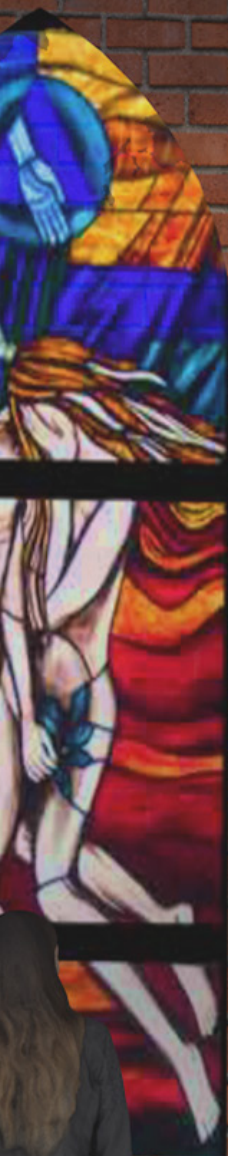




## catolicismo

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur labore et dolore magna aliqua. Ut enim a laboris nisi ut aliquip ex ea commodo col voluptate velit esse cillum dolore eu fugia non proident, sunt in culpa qui officia des

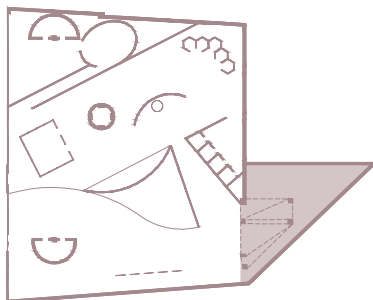




...o eiusmod tempor incididunt ut  
...s nostrud exercitation ullamco  
...ure dolor in reprehenderit in  
...cepteur sint occaecat cupidatat  
...id est laborum. Sed ut perspiciatis

A imagem utilizada foi a usada na igreja Otwock,  
em Varsóvia, Polônia, mas idealmente uma arte  
própria seria produzida.

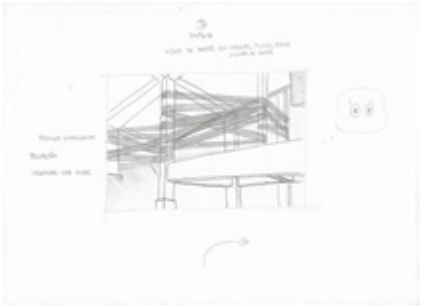
# estação “mídia”



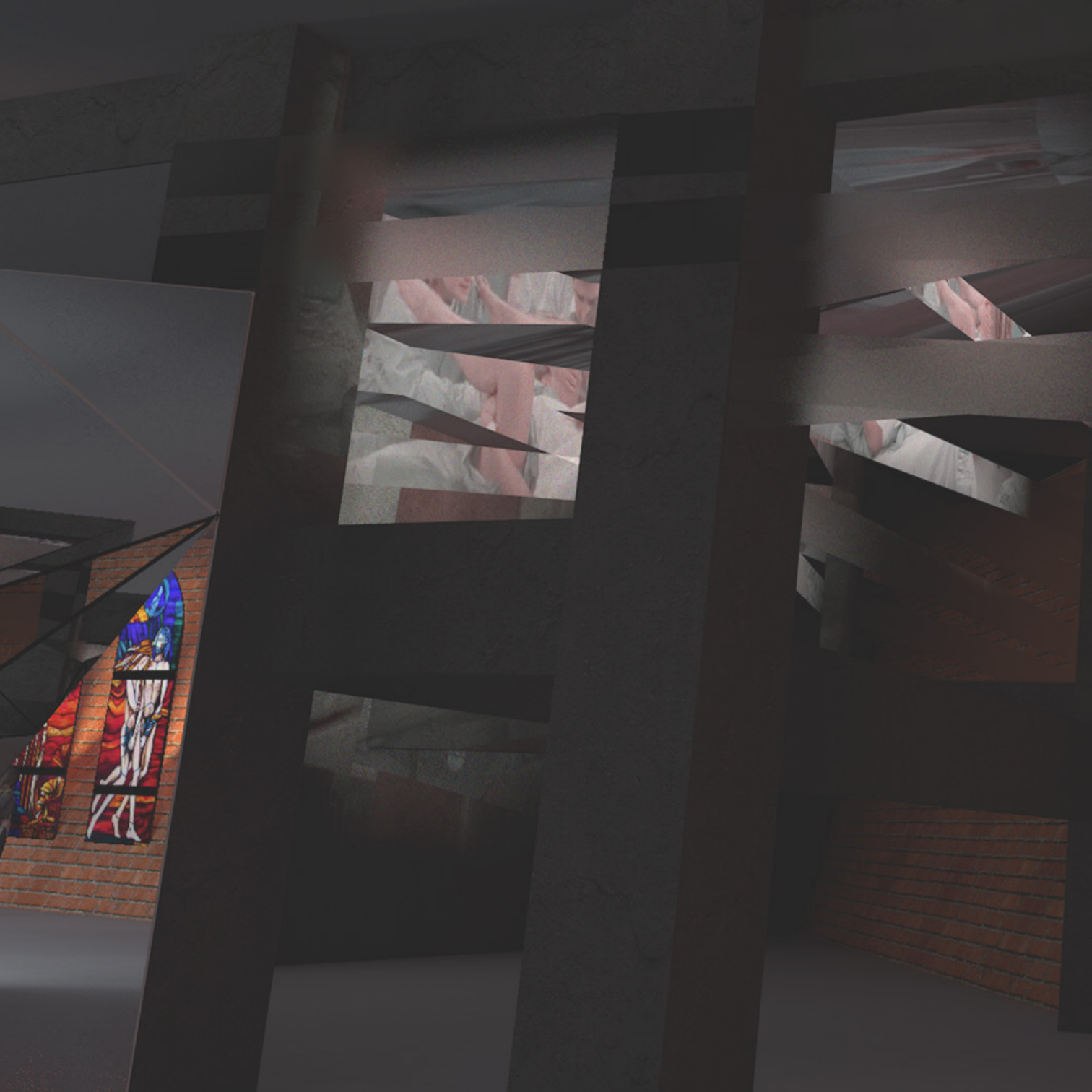
O segundo fator considerado como difusor do medo da dor no parto em massas é a mídia.

Reproduzindo trechos de cenas de parto em seriados, novelas e filmes amplamente divulgados entre diversos públicos da sociedade, a instalação busca evidenciar como tais cenas são retratadas. Gêneros como drama, ação e até comédia já trataram do tema. São inúmeras as cenas de parto retratadas nas novelas. Em muitas delas as mulheres têm um parto dramático, com complicações e eventual morte da mãe. Uma delas acontece na minissérie Um Só Coração, em que a personagem grávida morre ao dar à luz. Já na novela Amor e Revolução, a gestante até releva a seu médico o desejo de ter um parto normal. Este, por sua vez, não a incentiva e ainda alerta para maiores riscos que ela correria. A série Friends, produzida pela Warner Bros., também é uma das que foram escolhidas na exposição. A cena em que a personagem Rachel da à luz é cômica. Apesar de Ross, seu companheiro, poder acompanhá-la durante todo o trabalho de parto, há momentos em que são feitas piadas com a dor que Rachel está passando e sua condição. Nessa cena, a dor é comparada à dor física de uma pancada na cabeça (que Ross recebe) e ainda “insuperável”. A mensagem que fica é que “nada é mais doloroso que a dor do parto”.

As cenas serão projetadas, a partir de dois projetores, em tiras de papel vegetal entrelaçadas nos pilares de uma área triangular e, aparentemente, residual do Espaço Cênico. As faixas entrelaçadas formarão painéis como suporte para a imagem. Os dois projetores estarão posicionados em lados opostos, de forma que as imagens projetadas irão interferir uma na outra, causando confusão no visitante. Ou seja, a imagem formada em cada painel será “quebrada”, não clara, assim como a mensagem que chega aos espectadores. Textos explicativos serão projetados nas vigas.







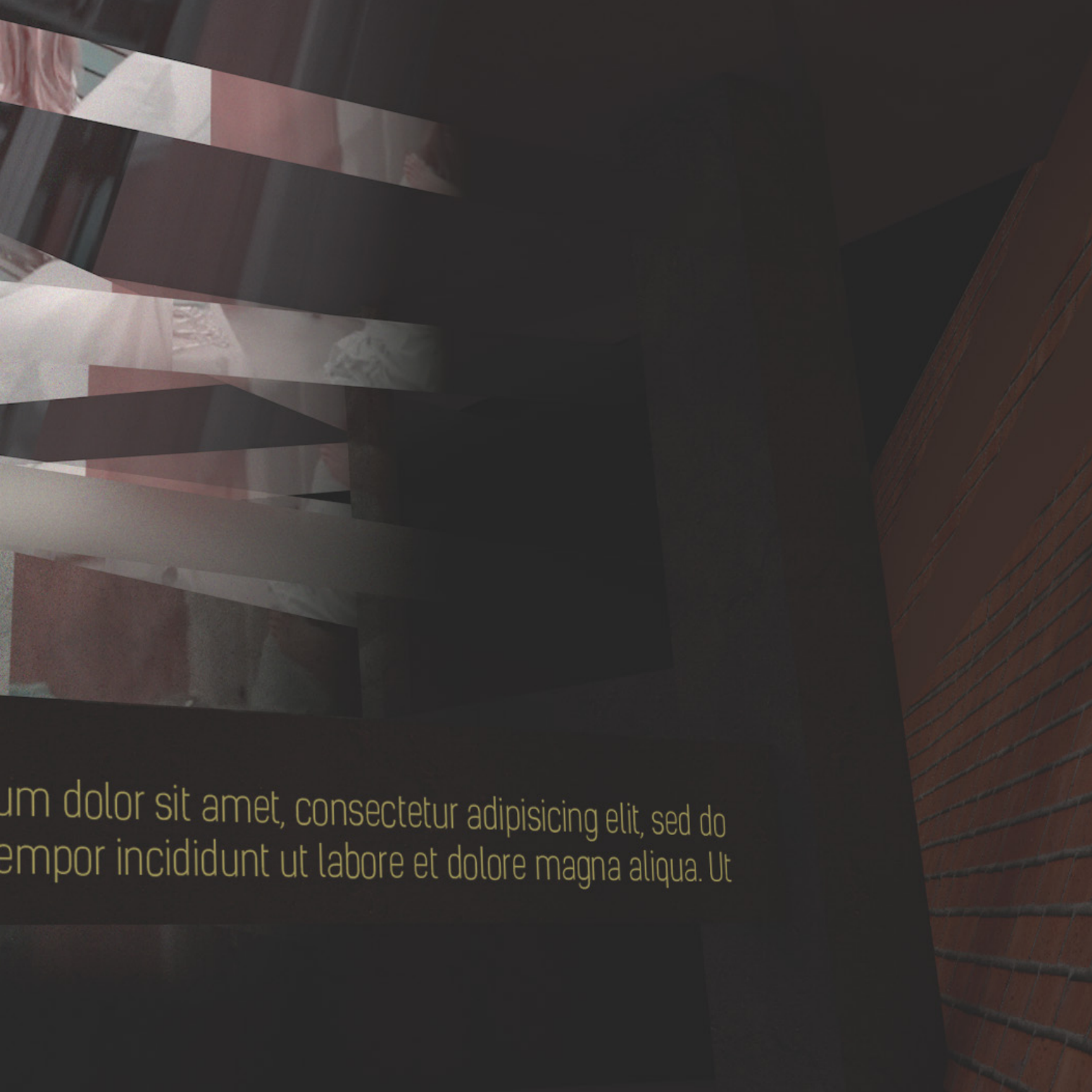




## mídias de massas

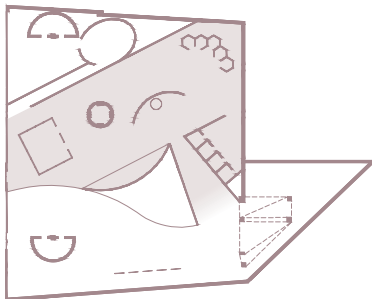
Lorem ipsum  
eiusmod te



The background is a dark, moody composition. On the right side, there is a vertical section of a red brick wall. The rest of the image is filled with overlapping, semi-transparent geometric shapes in various shades of brown, tan, and dark grey. These shapes create a layered, architectural effect, reminiscent of a modern building's interior or a complex sculpture. The overall tone is somber and artistic.

um dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do  
tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut

# estação “violência obstétrica”

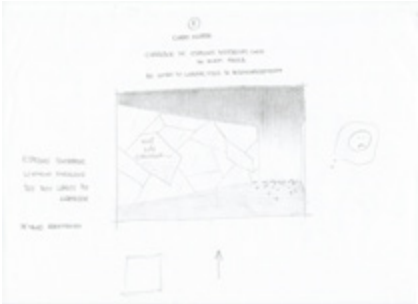




Saindo da área das mídias, o visitante se depara com um corredor de espelhos de entrada larga, mas que afunila no final. Ele está entrando na área de um dos principais fatores geradores de medo: a violência obstétrica.

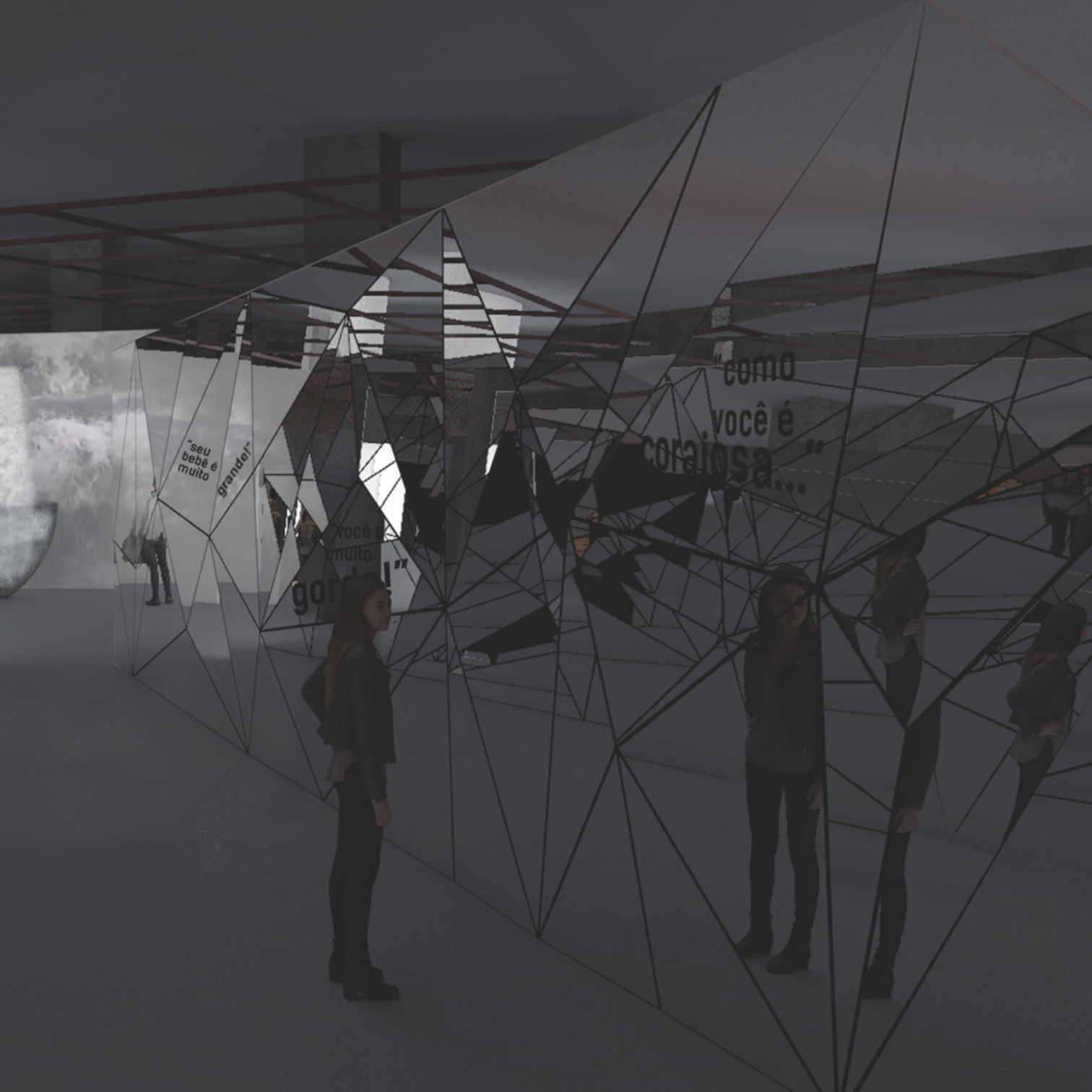
Esse corredor simboliza a violência obstétrica psicológica, que pode atingir as gestantes desde antes de chegarem ao trabalho de parto. Os espelhos não têm corte ortogonal e se juntam formando leves ângulos entre si. O efeito produzido é de um reflexo quebrado, com partes do corpo se desencontrando ou faltando. As quebras foram pensadas para acontecerem na altura da vagina/útero/barriga e rosto, simbolizando o corpo “quebrado” ou imperfeito, principalmente para o parto natural.

Além do texto explicativo, mensagens comumente ouvidas por gestantes de cunho desencorajador e até desrespeitoso estarão coladas, em vinil adesivo, nos espelhos. Mensagens como: “Mas você é muito magra”, “Você é muito baixa”, “Seu bebê é muito grande! Não vai passar!”, “Você não vai aguentar de dor”, “Você é índia pra não fazer cesárea por acaso?”, “Seu marido não vai mais gostar de fazer amor com você”, e até “Como você é corajosa!”. Um áudio com essas mesmas mensagens, ditas quase como um sussurro, será tocado ao longo do corredor. Tais mensagens deixam a mulher insegura quanto a sua capacidade e condição de parir seu filho, minando sua coragem e às vezes até colocando em cheque sua responsabilidade como mãe.



Desenhos de estudo

**"Você é muito magra!"**



"seu  
bebê é  
muito  
grande!"

"você é  
muito  
gorda!"

"como  
você é  
corajosa..."

"você NÃO  
consegue"

## violência obstétrica psicológica

Nulla dolor sit amet, consetetur adipiscing elit, sed  
tempor incididunt labore et dolore magna aliqua. Ut  
enim veniam quis nostrud exercitation ullamco laboris nisi ut  
aliquip ex ea commodo consequat. Duis aute irure dolor in  
conprehenderit in voluptate velit esse cillum dolore eu fugiat nulla  
Excepteur sint occaecat cupidatat non proident, sunt in culpa  
qui officina deserunt mollit anim id est laborum. Sed ut perspiciatis  
quia unde omnis iste natus error sit voluptatem accusantium doloremque  
laudantium, nam, eaque ipsa quae ab illo inventore

você é  
índia??"





"você é  
muito  
magra"

"seu  
bebê é  
muito"

Ao sair do corredor, o visitante está de frente a um cálice aonde cai uma queda d'água intensa. Ele chega ao mais comum dos casos de violência obstétrica no Brasil: a aplicação do hormônio sintético ocitocina durante o trabalho de parto.

Tal medicamento tem como função acelerar a dilatação. Ele causa contrações mais intensas, mais longas e menos espaçadas, o que acaba levando a uma segunda medicalização (anestesia local epidural) para aliviar as fortes dores causadas. Isso gera um efeito cascata, pois a anestesia faz com que o trabalho de parto desacelere, logo, mais hormônio será injetado.

O cálice atingido pela queda d'água será de um material transparente e fino, de aspecto delicado e frágil. O símbolo do cálice para representar o útero já vem sendo usado há milhares de anos, e, nesse caso, trará a sensação de extrema fragilidade quando comparado à queda d'água e trará uma angústia, um medo de que seja quebrado. Essa sensação é a mesma que muitas mulheres relataram ao contarem suas experiências com a ocitocina. É como se fosse se rasgar por dentro, tal a intensidade da dor.

Atrás da queda d'água, uma imagem de cachoeira será projetada. Uma cachoeira forte, intensa, feroz e violenta. Ela também representa a força das contrações causadas pelo hormônio sintético.

A dor que muitas mães conhecem é essa, a dor causada por um medicamento, um hormônio sintético, e não uma dor fisiológica natural. E é essa dor que mais se perpetua no imaginário coletivo.

O questionamento será levantado pelo texto explicativo, que a instigará quanto à real necessidade desse procedimento, que hoje é exercido de forma corriqueira.



A partir daí, o visitante pode escolher para qual lado seguir, não importando a ordem da escolha.

Saindo pela sua direita, ele encontra, à sua frente, a instalação referente à separação da parturiente de seu/sua companheiro/a.

A Lei Nº 11.108, de abril de 2005, determina que a unidade de saúde permita a presença de um acompanhante durante todo o período do trabalho de parto, pós-parto e puerpério. Além dessa lei federal, na cidade de São Paulo, também é permitido que, além do acompanhante, a parturiente possa estar acompanhada de sua doula, profissional especializada em cuidados com a mulher em trabalho de parto. No entanto, muitos hospitais e maternidades ainda não permitem a presença do acompanhante. A gestante, já em trabalho de parto, bastante vulnerável e fragilizada, muitas vezes não se vê em condições de lutar por seus direitos e acaba sozinha em uma sala onde várias outras mulheres já estão também em trabalho de parto. A equipe de enfermeiros muitas vezes não tem disponibilidade para dar a atenção necessária a todas as mulheres, que acabam por ficarem assustadas e/ou desconfortáveis no ambiente.

A instalação simboliza a solidão e desamparo que essa mulher pode experienciar. Situação em que pode se gerar medo ou tensão, aumentando a sensação de dor. Consiste em uma cabine hexagonal individual. Em cada face interna está um espelho, que cobre toda a superfície das paredes. Uma única luz focal desce sobre sua cabeça. Ao fechar a porta, o efeito que se tem é de isolamento. Os reflexos abrem um espaço infinito ao redor do visitante, porém, nesse espaço há apenas ele. Para qualquer lado que olhe, a única imagem que verá será a própria, sendo sua única companhia.

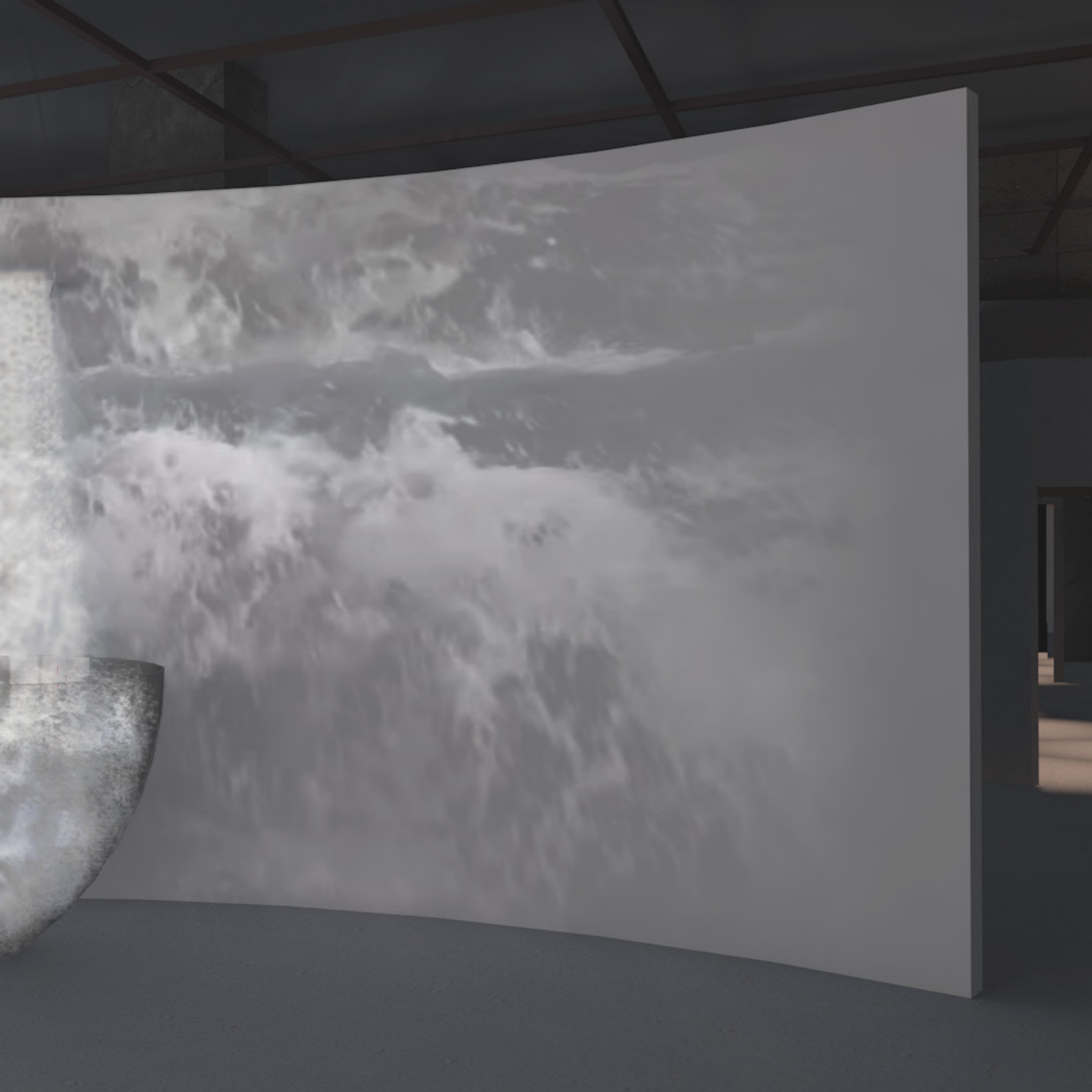


## sorinho

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur  
adipiscing elit, sed do eiusmod tempor  
incididunt ut labore et dolore magna aliqua.  
Ut enim ad minim veniam, quis nostrud  
exercitationem. Ut enim ad minim veniam,  
ex ea consequntur. Duis aute irure  
dolor in reprehenderit in voluptate velit esse





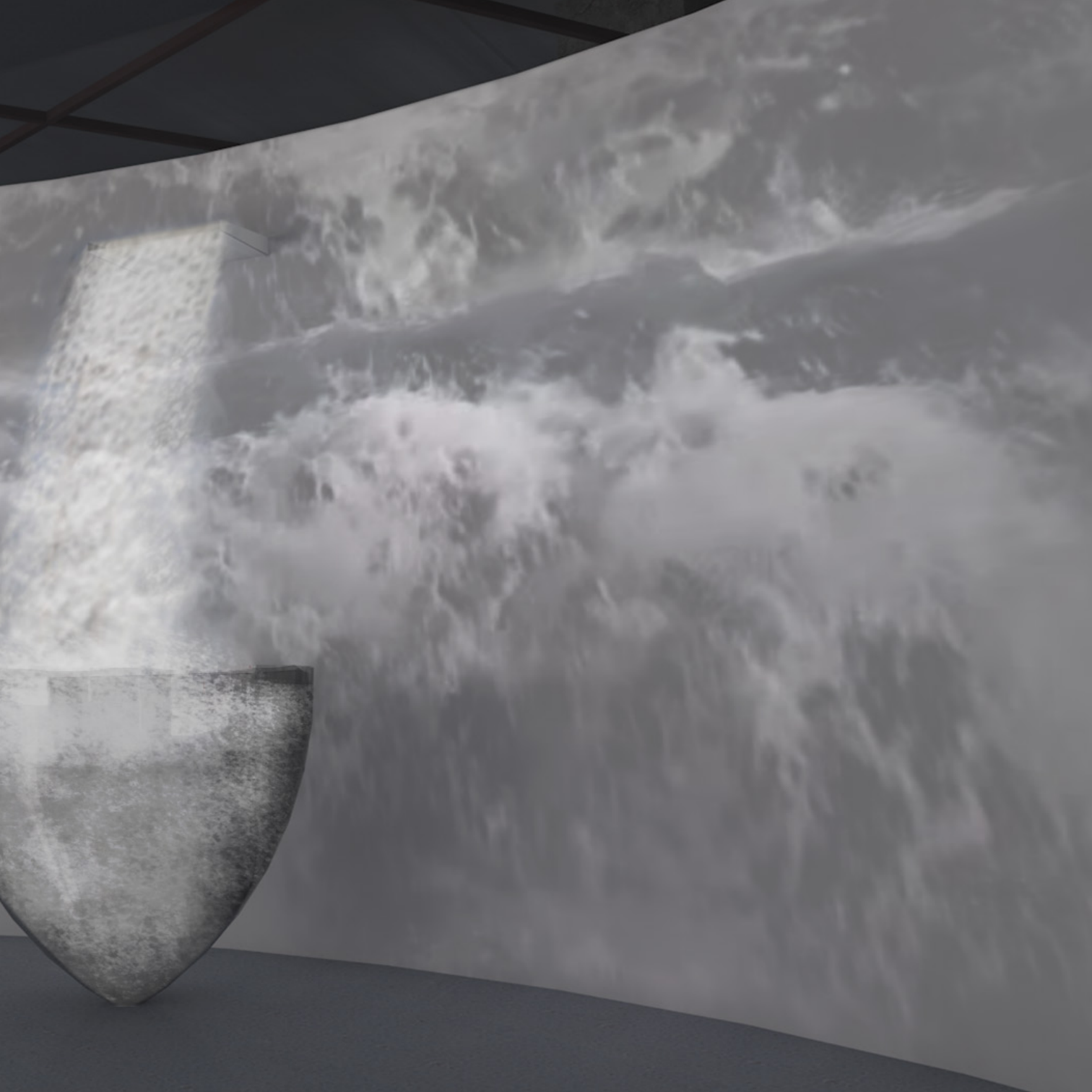


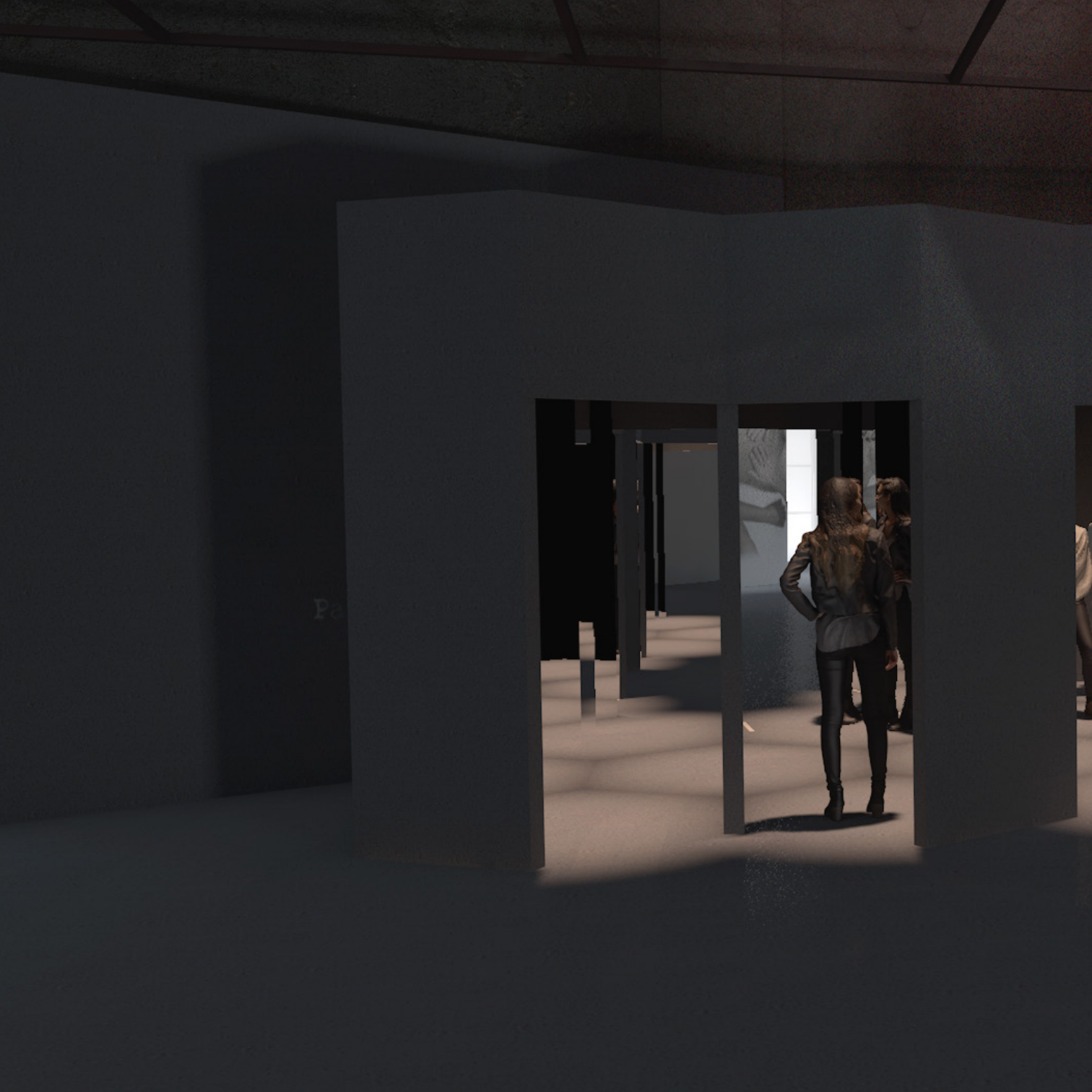


## sorinho

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur  
adipiscing elit, sed do eiusmod tempor  
incididunt ut labore et dolore magna aliqua.  
Ut enim ad minim veniam, quis nostrud  
exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip  
ex ea commodo consequat. Duis aute irure  
dolor in reprehenderit in voluptate velit esse















## lei do acompanhante

Lorem ipsum dolor sit amet,  
consectetur adipisicing elit, sed do  
eiusmod tempor incididunt ut labore  
et dolore magna aliqua. Ut enim ad  
minim veniam, quis nostrud  
exercitation ullamco laboris nisi ut  
aliqua ex ea commodo consequat.  
Quis aute irure dolor in reprehenderit  
in voluptate velit esse cillum dolore  
eu fugiat nulla pariatur. Excepteur sint  
occaecat cupidatat non proident, sunt

Logo à frente, uma entrada bem reservada guarda uma sala com cabines onde os visitantes, principalmente mães, poderão compartilhar suas experiências pessoais. São quatro cabines fechadas e individuais, que contém computadores onde elas poderão se filmar, gravar suas vozes ou ainda apenas escrever textos relatando suas histórias. Posteriormente, essas histórias serão, sob autorização delas, exibidas na exposição. Esses relatos trarão credibilidade à exposição e aproximarão ainda mais os visitantes do tema central dela.

As gravações em vídeo serão projetadas numa parede longa, que atravessa quase todo o salão, abrangendo todas as outras instalações, já que os relatos podem se referir a qualquer uma das violências obstétricas abordadas no salão.





A estrutura circular, própria do Porão, servirá de suporte para outra projeção. Uma mulher grávida deitada envolverá a estrutura. Mãos serão postas sobre ela, como se a estivesse segurando, impedindo de se mexer.

Essa instalação faz referência à questão da litotomia.

Normalmente, quando pensamos numa cena de parto, logo imaginamos uma mulher deitada com suas pernas abertas colocadas em apoios. Essa posição é chamada de posição litotômica e facilita o exame da evolução da dilatação pela equipe médica.

No entanto, hoje sabe-se que essa posição não favorece a saída do bebê.

Ao contrário, dificulta, pressionando o cóccix contra o canal vaginal e diminuindo a passagem. Além disso, muitas vezes, a mulher sente mais dor ficando deitada do que em pé ou agachada. Apesar disso, em muitas unidades de saúde, não é permitido que elas fiquem andando, podendo apenas ficar em posição litotômica. As parturientes, então, sentem-se presas e fragilizadas.

Passam a acreditar que qualquer coisa que precisem fazer será arriscado e perigoso para seu bebê. O parto está dominado pela equipe médica. O protagonismo do parto não é mais da mulher.

Próximo à estrutura circular, o visitante encontrará a instalação sobre episiotomia. Um tema que vem sendo amplamente discutido e profundamente estudado quanto à sua eficácia.

Usado no Brasil de forma rotineira, não há evidências científicas de que acelere a expulsão do bebê. É um procedimento agressivo, incômodo e que pode causar complicações futuras às mães. Algumas relatam que sentiram-se sexualmente violentadas, como se tivessem sido estupradas, tamanho o trauma sofrido.


Por ser feito de forma rotineira, acredita-se, no imaginário coletivo, que seja um procedimento normal e necessário, uma parte natural do parto vaginal. Por ser feito de forma rotineira e indiscriminada, o medo de passar por um parto vaginal com tal intervenção aumenta. Por causa de um procedimento como esse, cresce o medo da dor no parto vaginal.

A instalação é formada apenas por um pano branco com rasgos verticais espalhados por ele. O visitante, ao atentar para os rasgos, verá ao fundo uma parede vermelha onde encontrará o texto explicativo.

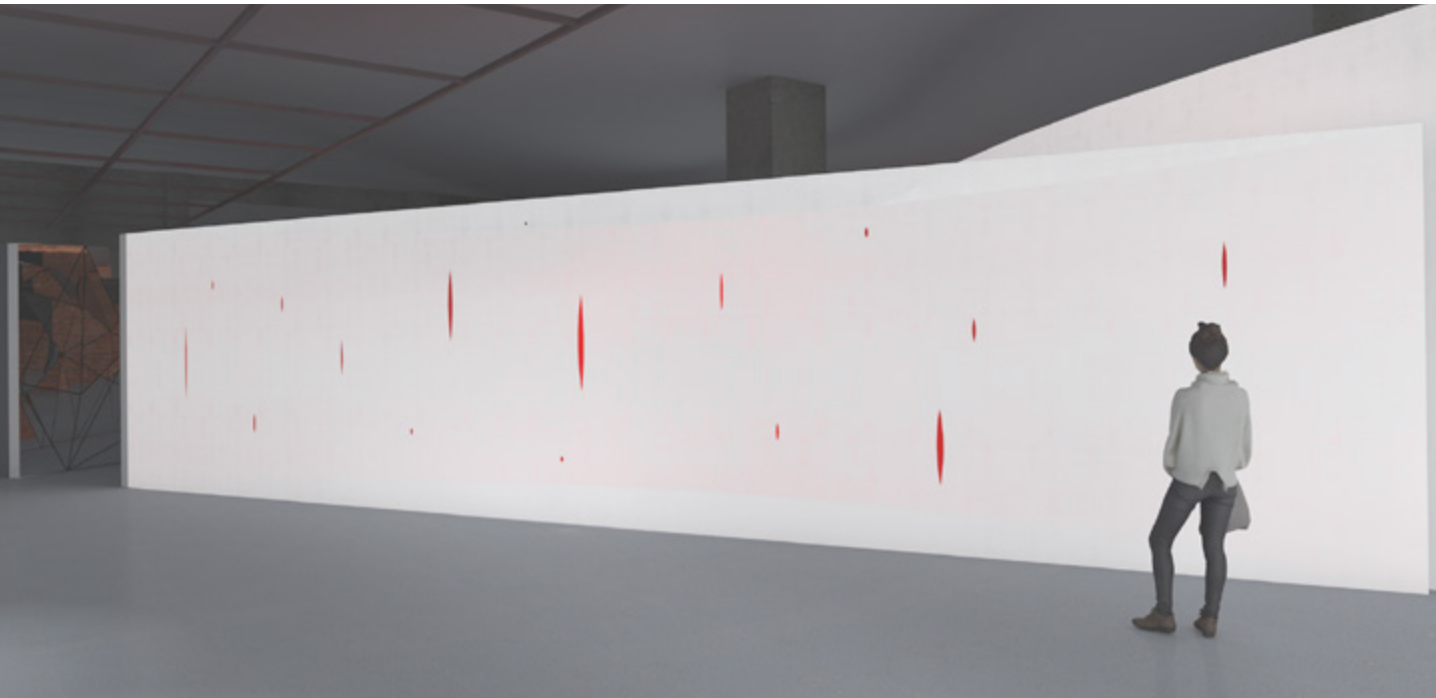


## litotomia

Lorem ipsum dolor sit  
do eiusmod tempor inci  
aliqua. Ut enim ad min  
ullamco laboris nisi ut a  
Duis aute irure dolor in  
cillum dolore eu fugiat



met, consectetur adipiscing elit, sed  
didunt ut labore et dolore magna  
n veniam, quis nostrud exercitation  
diquip ex ea commodo consequat.  
prehenderit in voluptate velit esse  
nulla pariatur. Excepteur sint occaecat







## episio

ipsum dolor  
sed tempor  
minim ve  
isi ut aliq  
or in repa  
nulla pa  
sunt in d  
Sed ut p  
atem accu

A última instalação dessa estação é destinada à questão do uso da tecnologia na área e medicalização do processo natural e fisiológico que é o parto.

Não pretende-se, no entanto, condenar ou mesmo negar todo o avanço atingido na medicina graças à evolução tecnológica. O que se pretende aqui é questionar até onde ela é necessária ou acaba por suprimir a atuação da mulher no próprio parto. Ou ainda, até onde ela está tão enraizada na cultura brasileira (se não ocidental) e intrínseca no processo do parto que passa como algo normal e necessário. Questiona-se aqui até onde o uso dela ajuda ou atrapalha na experiência positiva e completa do parto.

A instalação toma a forma de um cubo branco translúcido que irradia luz branca. Uma luz estéril e asséptica. A luz é produzida por estativas (luzes de salas de cirurgia) instaladas dentro do cubo. Um ar frio de ar condicionado também emana do cubo. Ao entrar no cubo, o visitante se vê nesse ambiente frio e ofuscante. Sua sombra é projetada nas paredes do cubo, deixando-o exposto aos outros visitantes.

Os textos explicativos estarão colados também com vinil adesivo nas paredes de acrílico branco translúcido. Eles também projetarão uma sombra vista por quem está de fora do cubo, causando estranhamento e curiosidade.

Como dito anteriormente, a luz emitida a partir do cubo incidirá na parede de tecido da apresentação.







## tecnologia

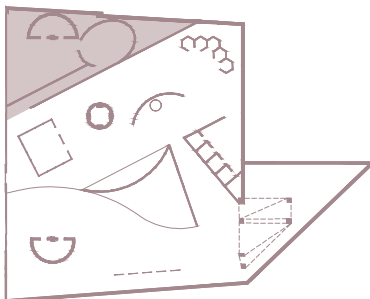
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur  
adipiscing elit, sed do eiusmod tempor  
incididunt ut labore et dolore magna aliqua.

Ut enim ad minim veniam, quis nostrud  
exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip ex  
ea commodo consequat. Duis aute irure dol  
in reprehenderit in voluptate velit esse cillum  
dolore eu fugiat nulla pariatur. Excepteur sint  
occaecat cupidatat non proident, sunt in

>Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur  
adipiscing elit, sed do eiusmod tempor  
incididunt ut labore et dolore magna aliqua.  
Ut enim ad minim veniam, quis nostrud  
exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip ex  
ea commodo consequat. Duis aute irure dolor  
in reprehenderit in voluptate velit esse cillum  
dolore eu fugiat nulla pariatur. Excepteur sint  
occaecat cupidatat non proident, sunt in

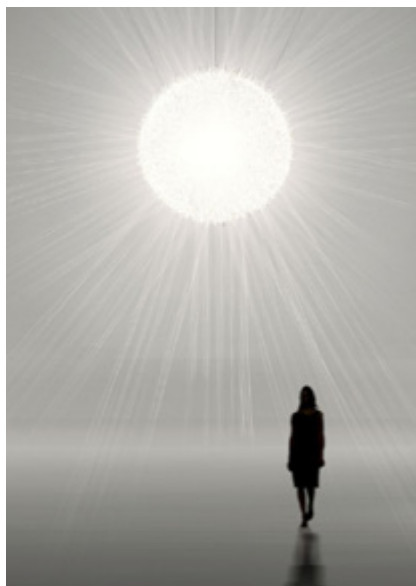
Patricia Roberta Bellanda

# estação “parto como experiência positiva”



Ao final, um respiro.

A única saída do salão da violência obstétrica está no canto, em uma das extremidades da longa parede de relatos. Para chegar ao final da exposição é necessário atravessar um corredor comprido, estreito e escuro. Suas paredes são cobertas com espuma, por onde sai um som abafado, como o som do coração palpitante de um bebê num exame de ultrassom. O som começa baixo e vai aumentando conforme o visitante se aprofunda no corredor escuro. De repente, o som pára e o visitante se vê dentro de uma sala elíptica de paredes brancas com um móbile no centro. De dentro do móbile, que gira brandamente, sai uma luz, que refrate nas peças do móbile e projeta cores na parede. Um breve silêncio aconchegante toma conta do lugar. Essa instalação simboliza o parto como uma experiência que pode ser positiva no final. Simboliza o sentimento de gratificação, superação e felicidade intensa que toma conta da mãe ao final do parto.



235



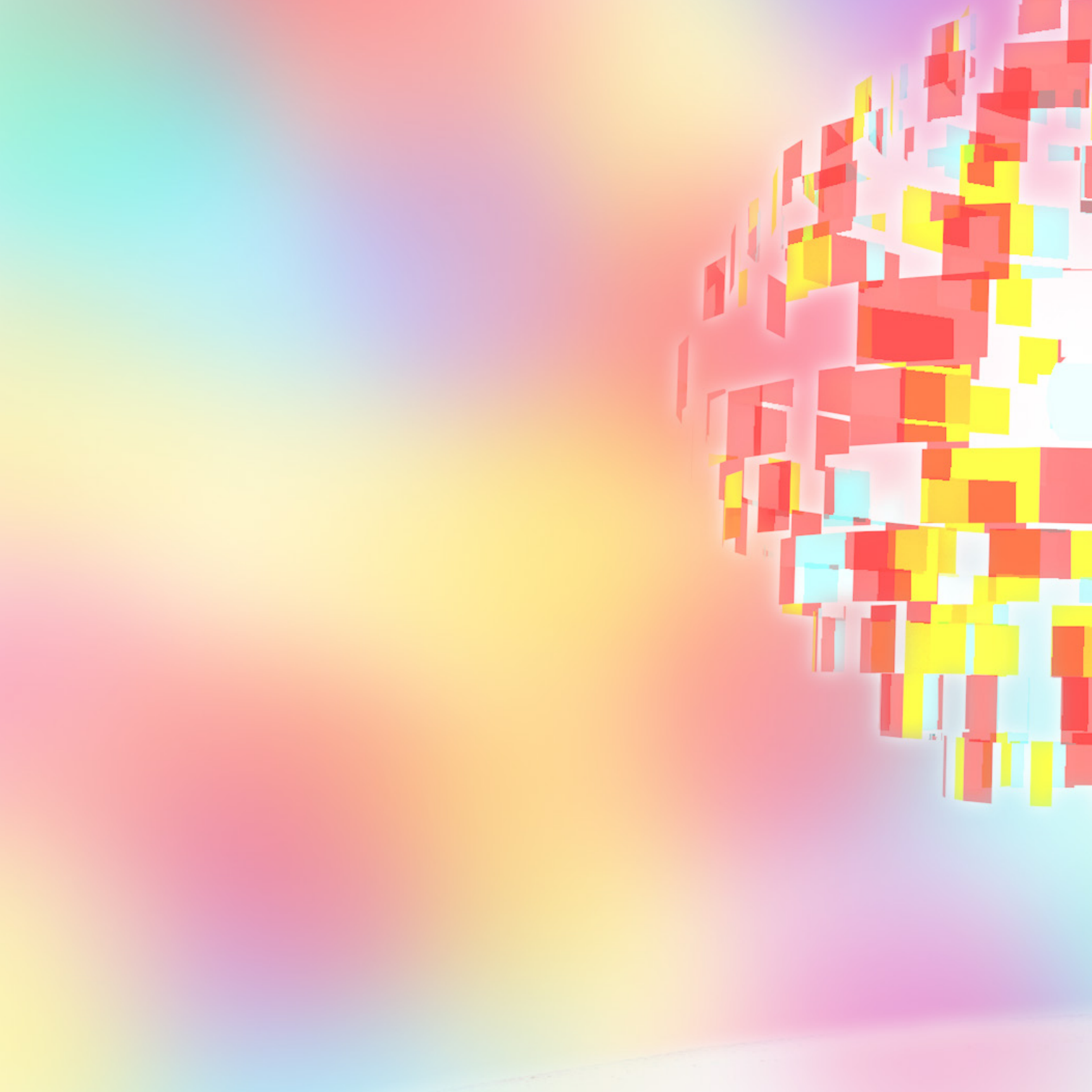
Projeto de referência: Tokujin Yoshioka – “Crystal Palace (2010)

Imagem de referência: filme “Up, Altas Aventuras” da Disney Pixar.



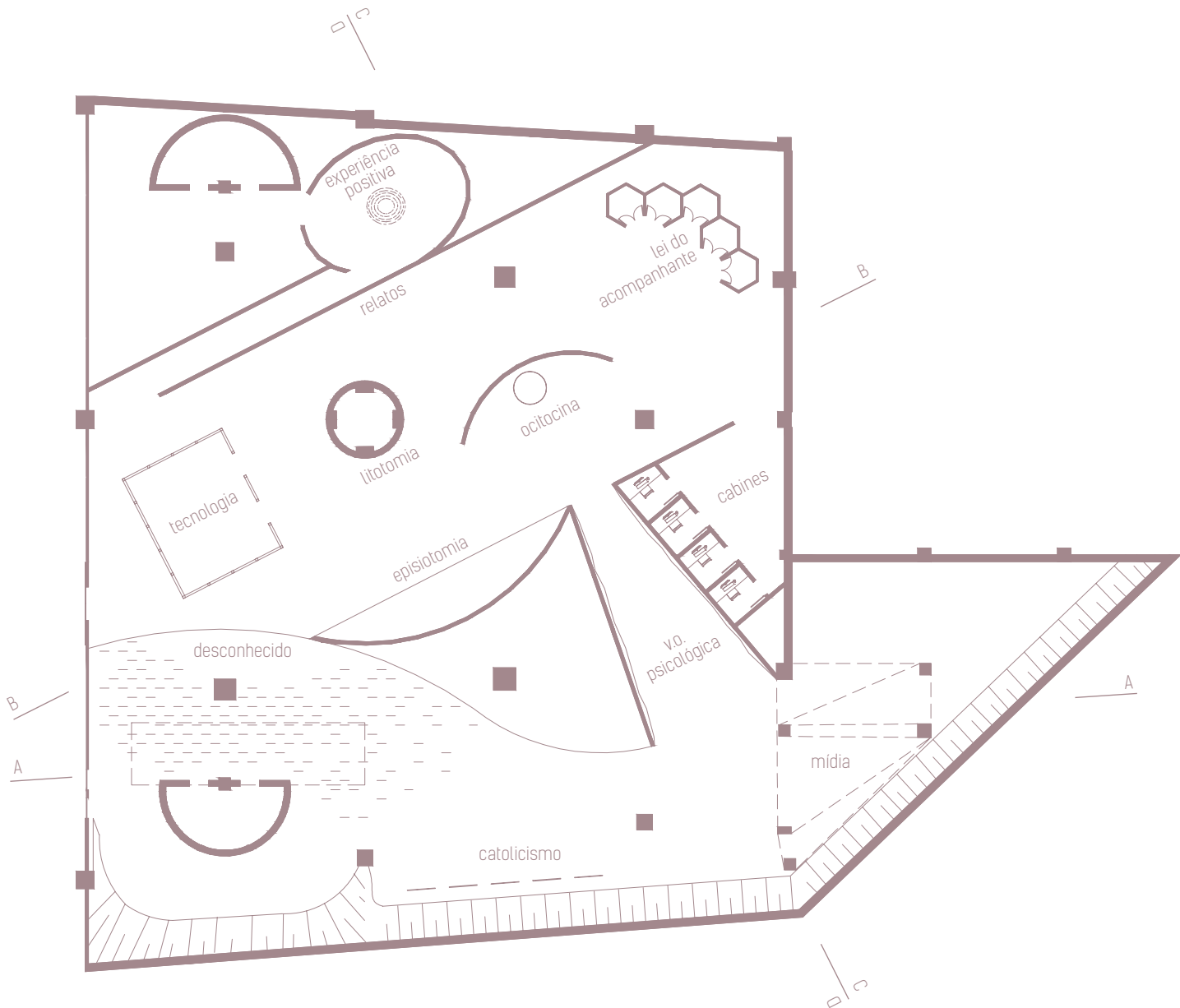


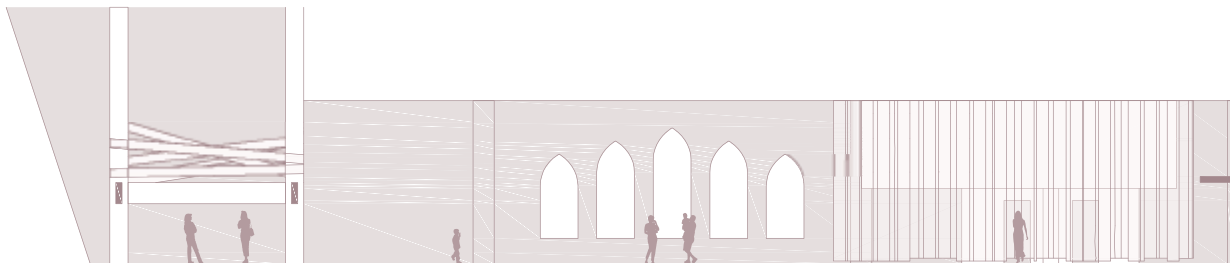




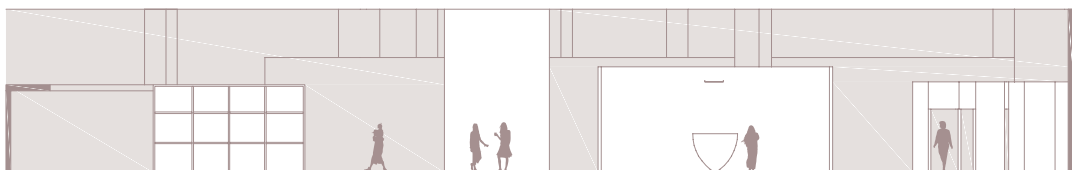




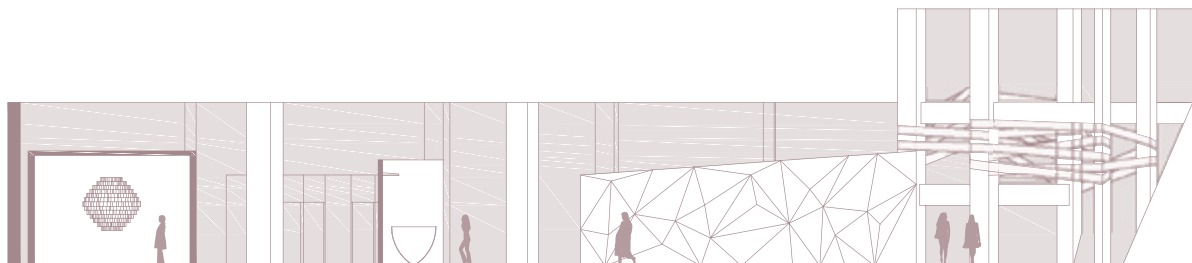




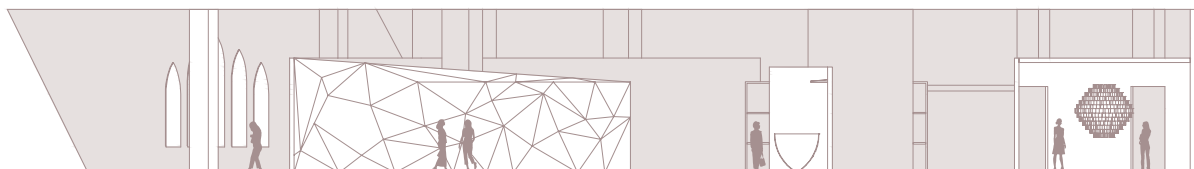
corte A - mídia | catolicismo | desconhecido



corte B - tecnologia | litotomia | ocitocina | desacompanhado



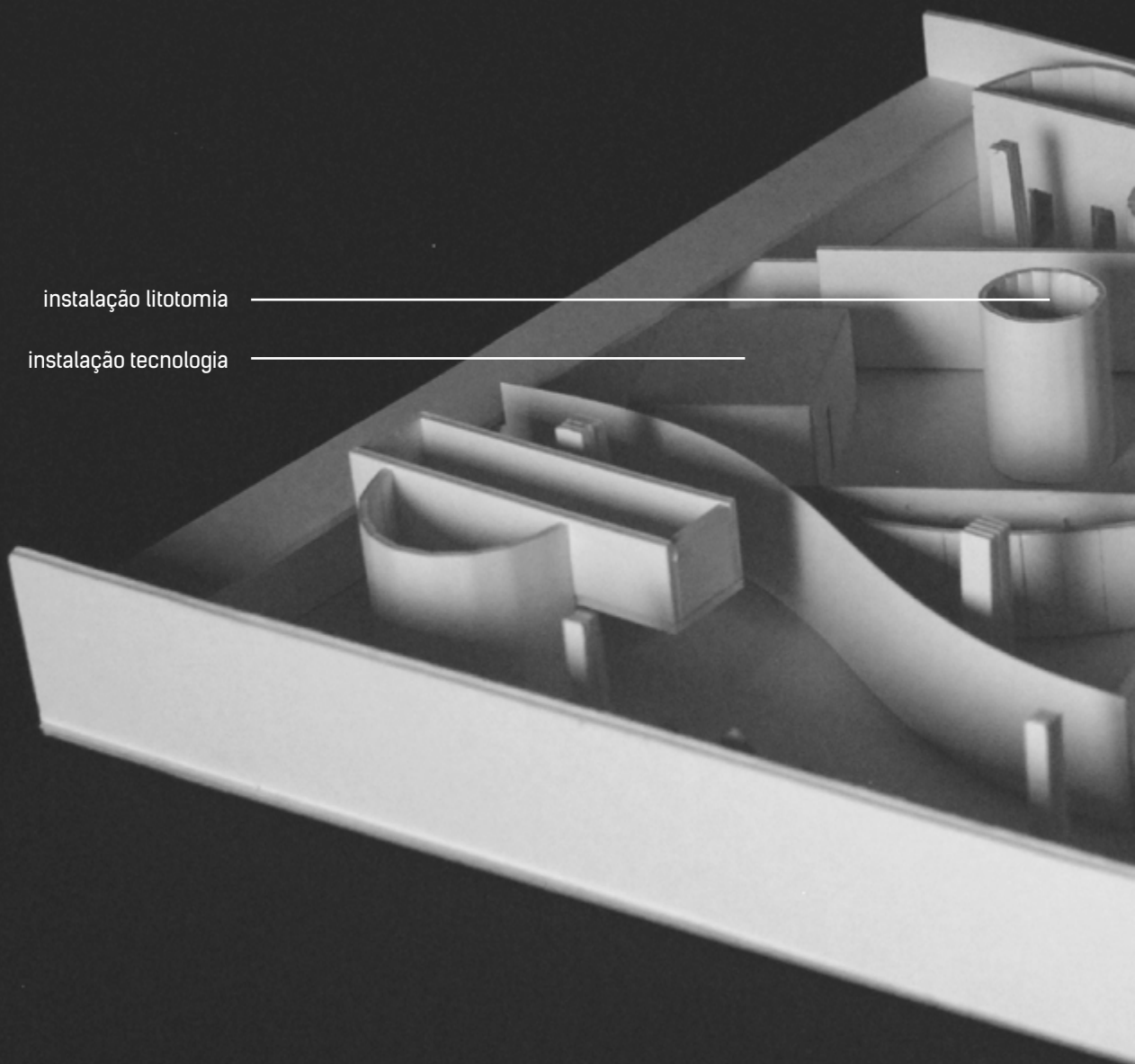
corte C - experiência positiva | ocitocina | violência obstétrica | mídia

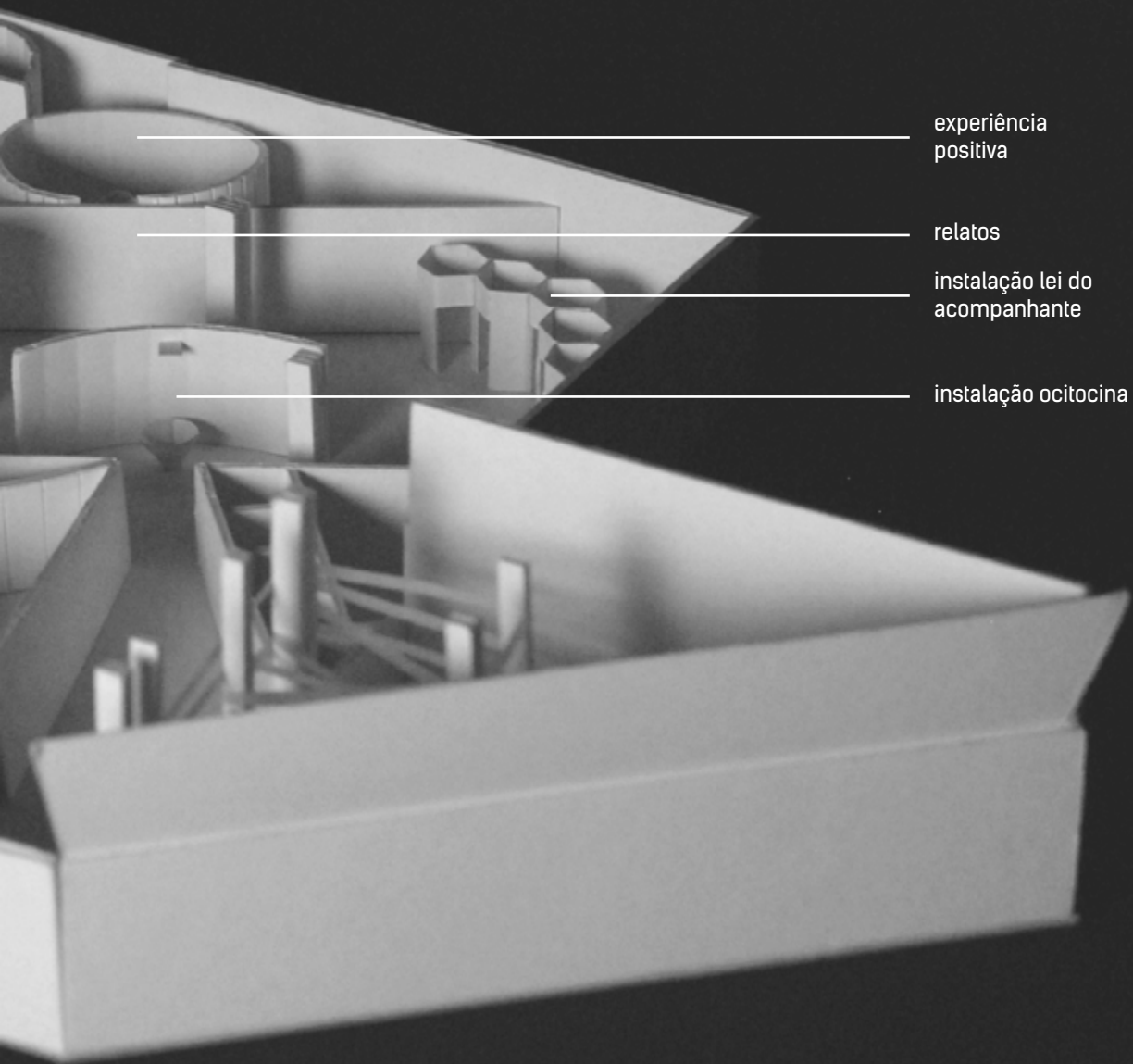


corte D - catolicismo | violência obstétrica | ocitocina | experiência positiva

instalação litotomia

instalação tecnologia





experiência  
positiva

relatos

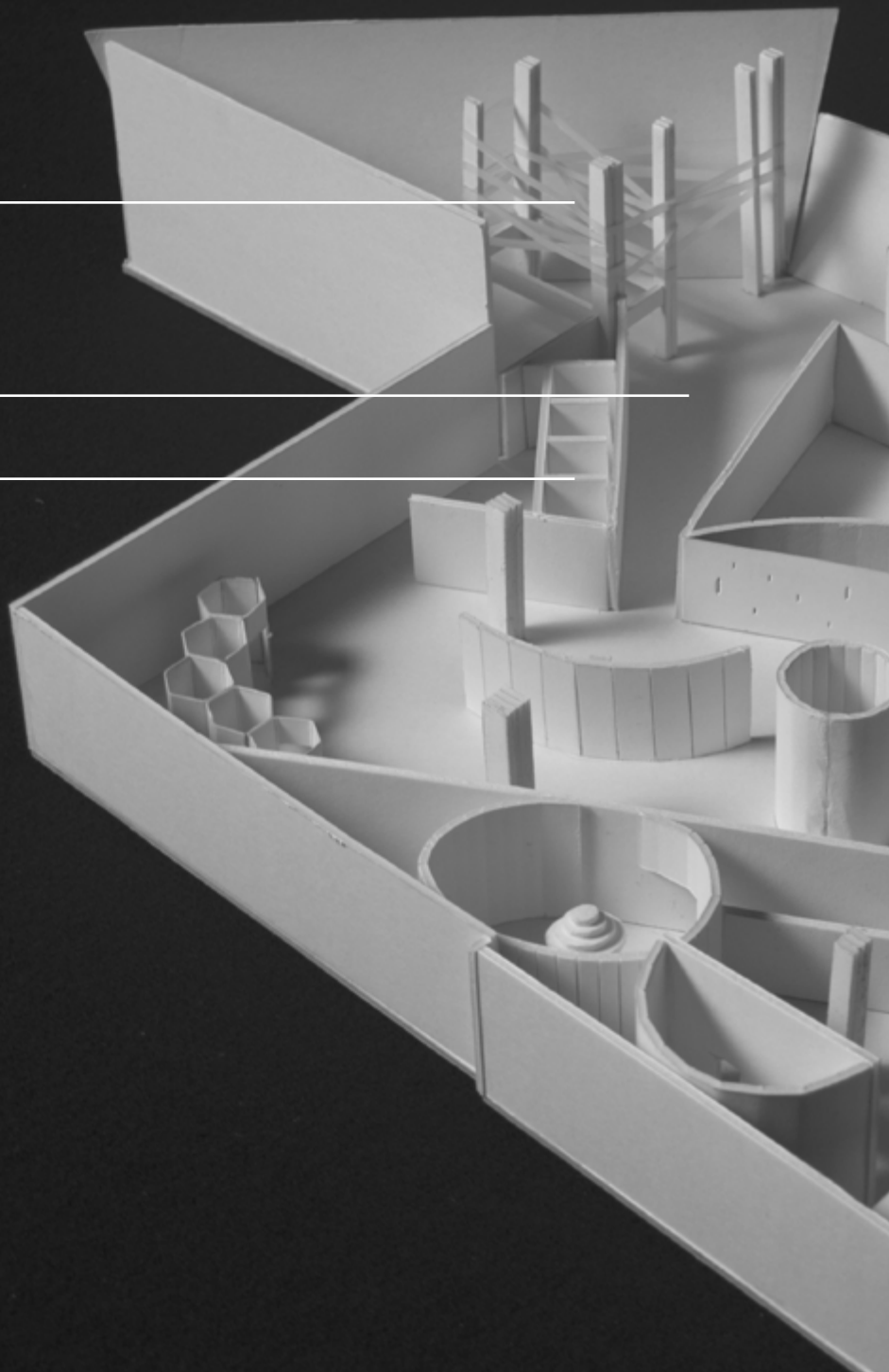
instalação lei do  
acompanhante

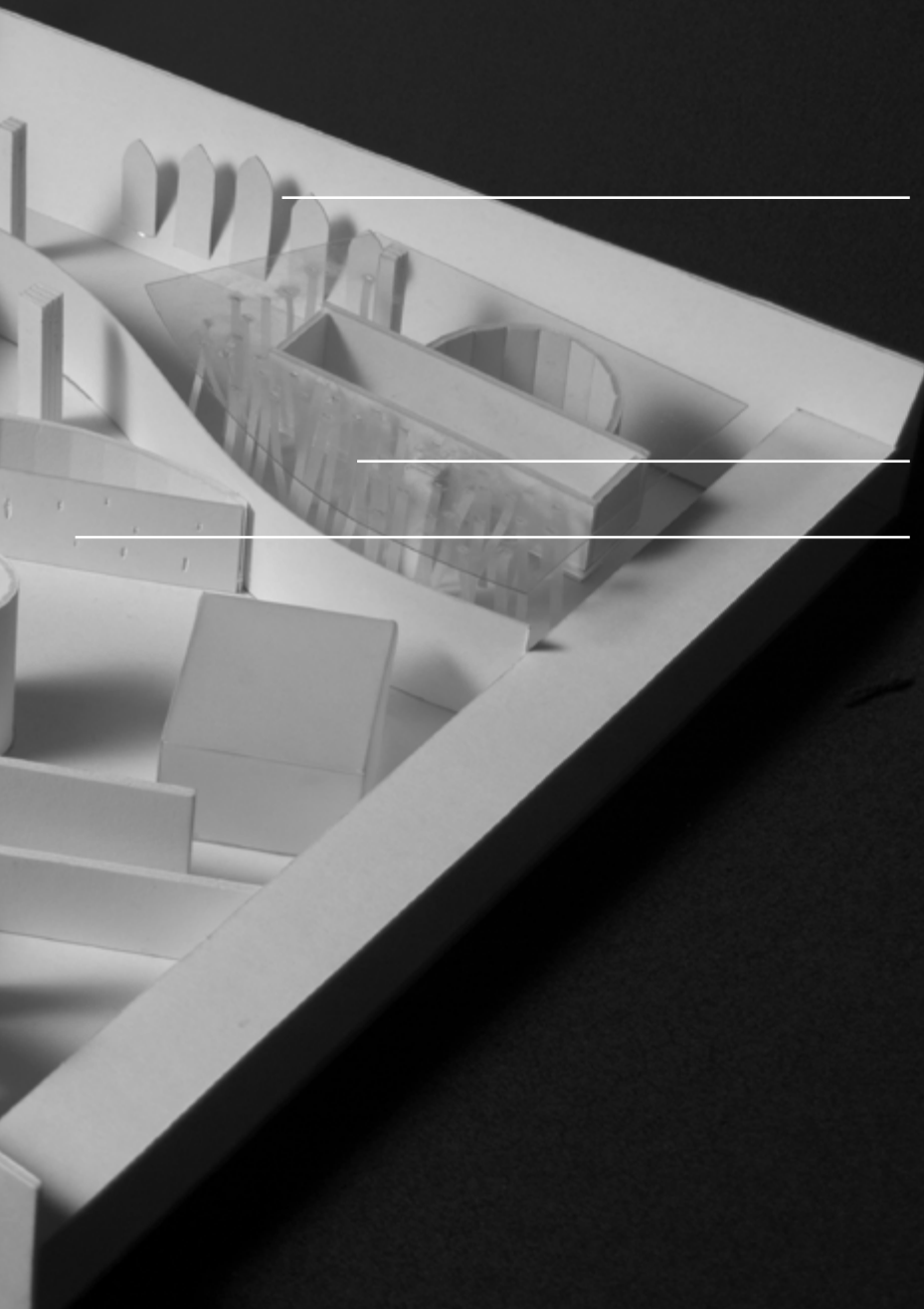
instalação ocitocina

instalação mídias

instalação violência  
obstétrica psicológica

cabines de  
compartilhamento



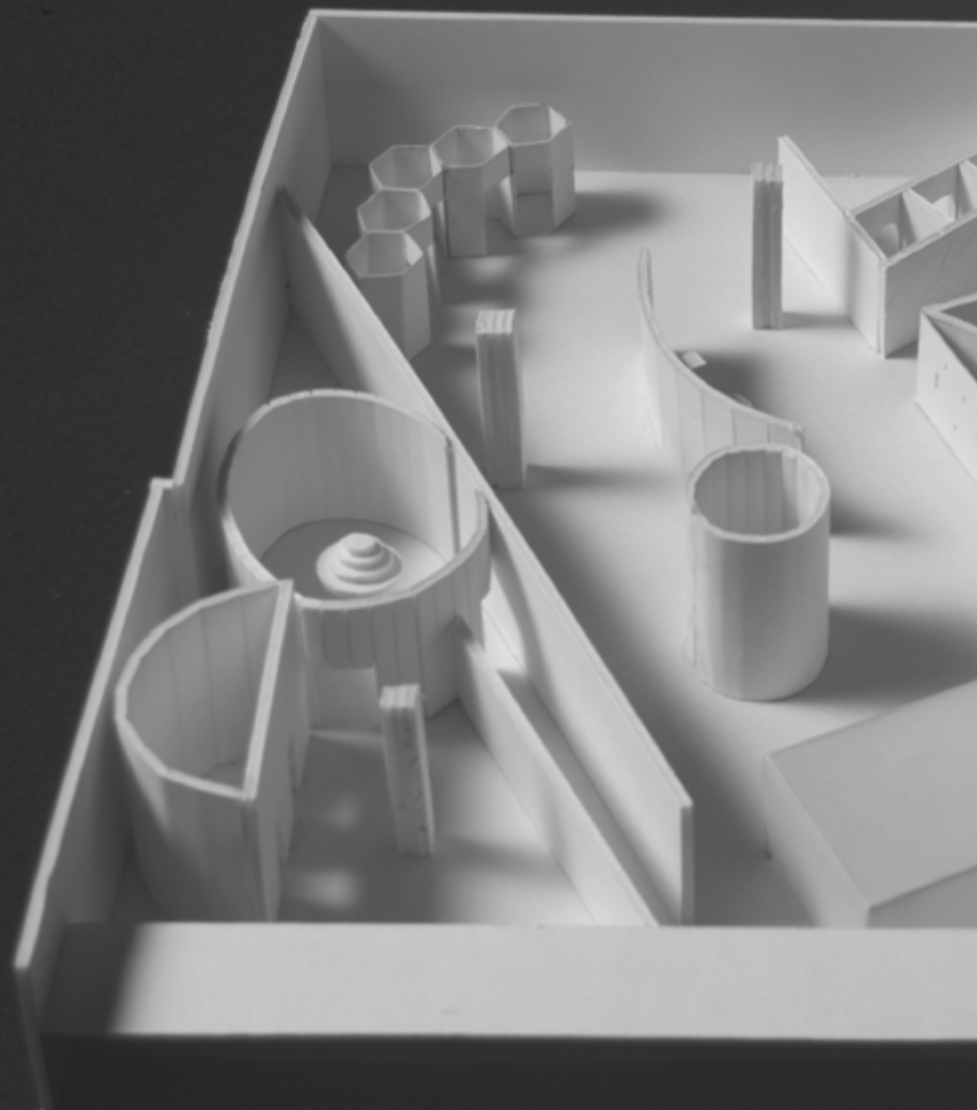


instalação catolicismo

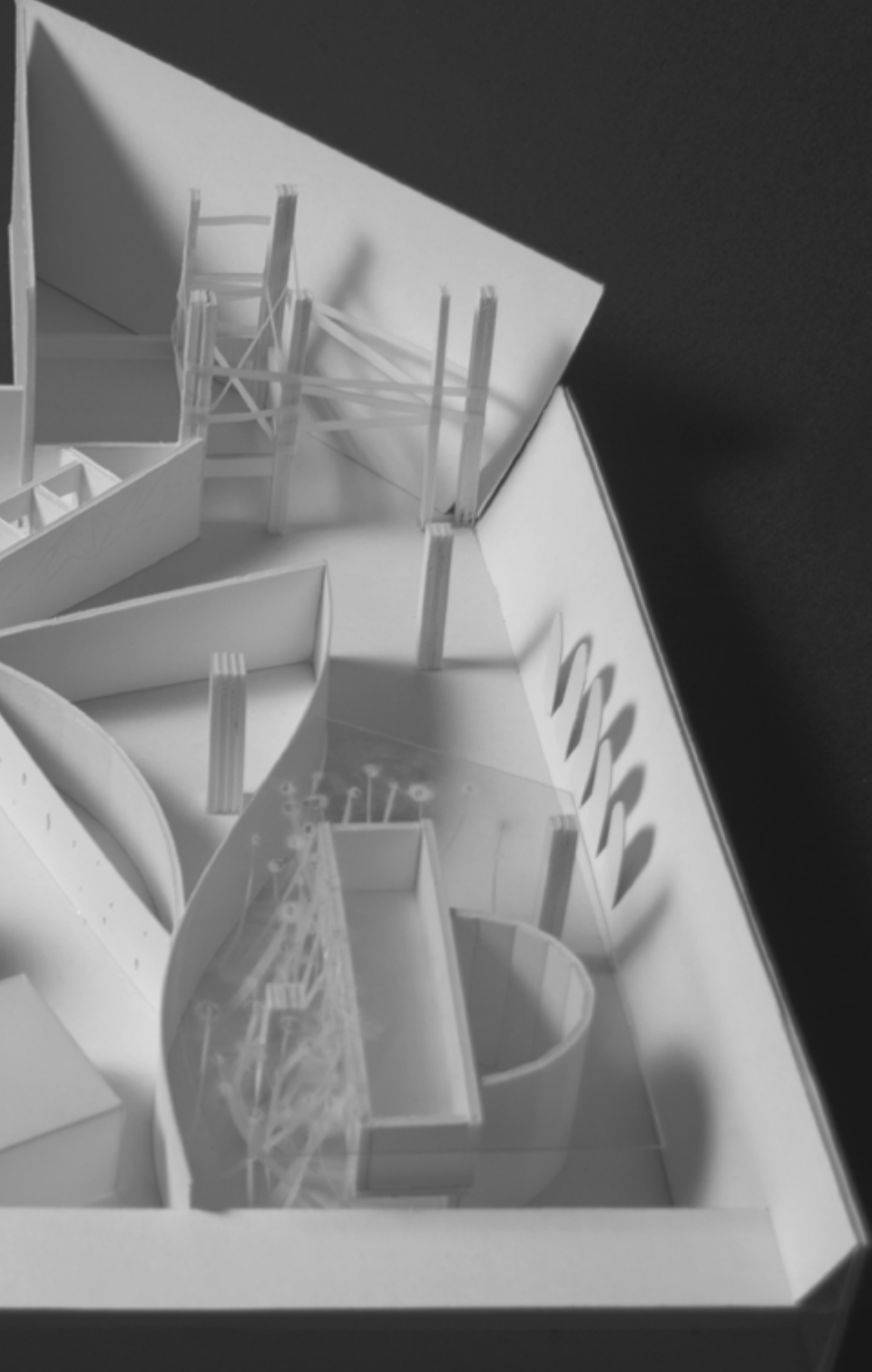
instalação desconhecido

instalação episiotomia



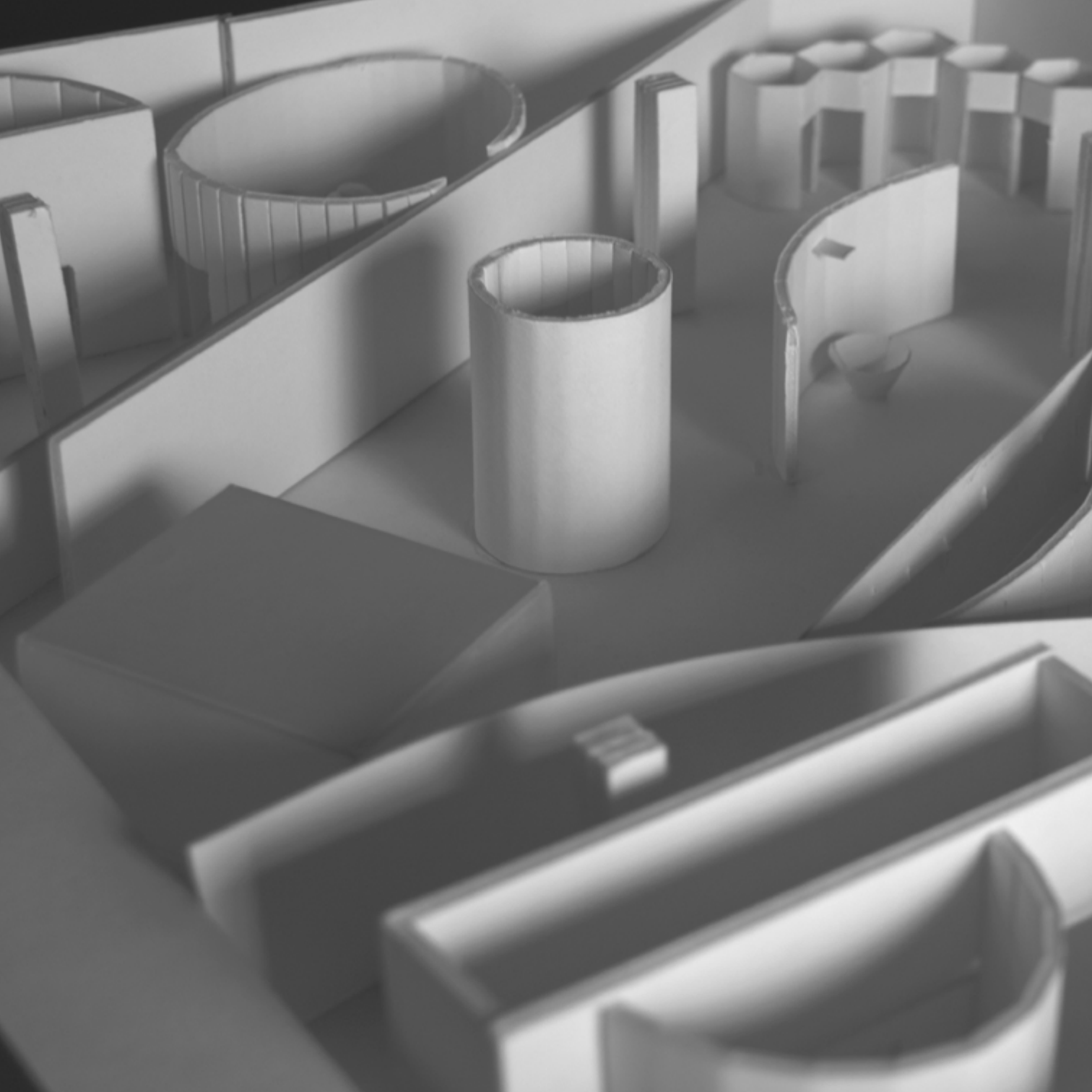


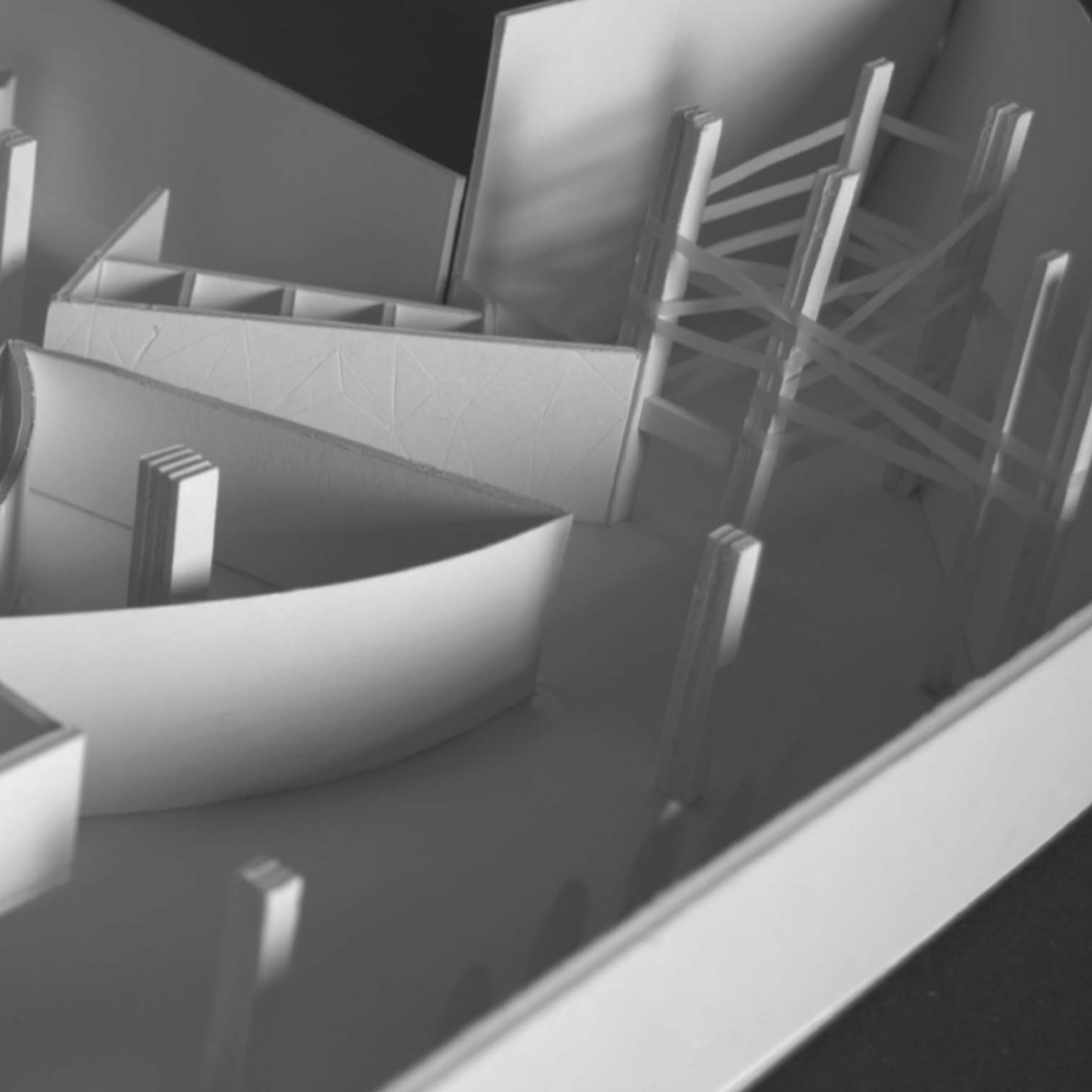


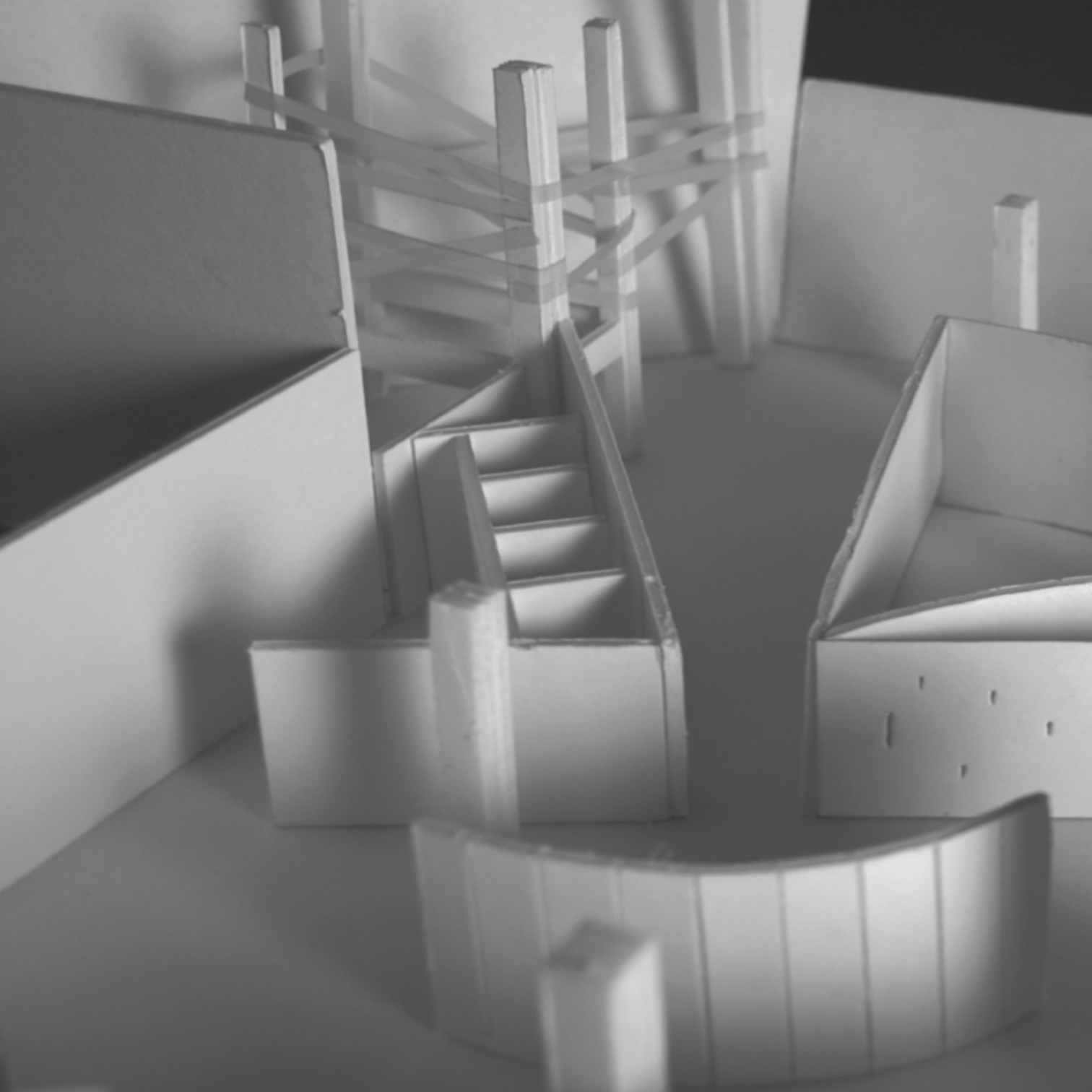


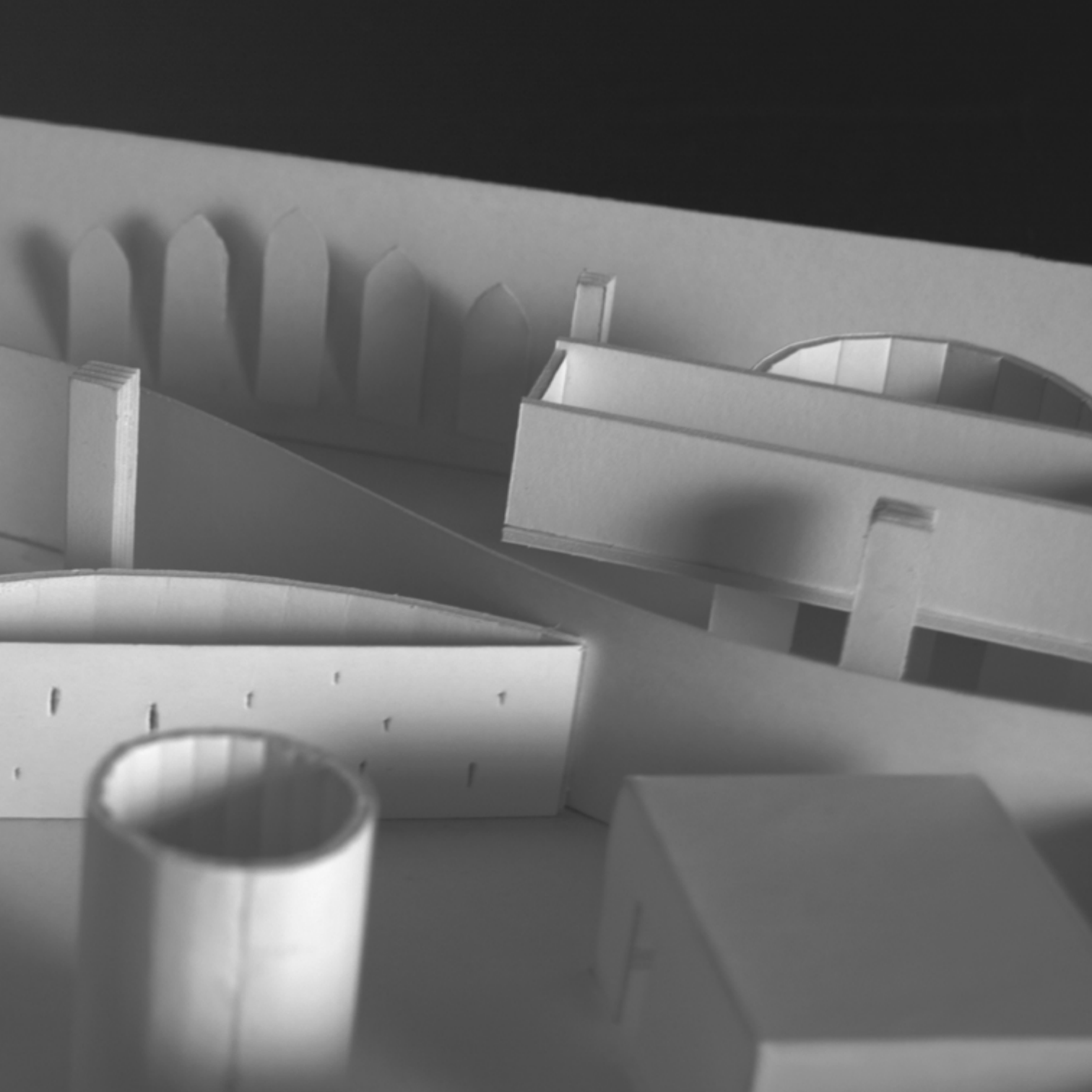


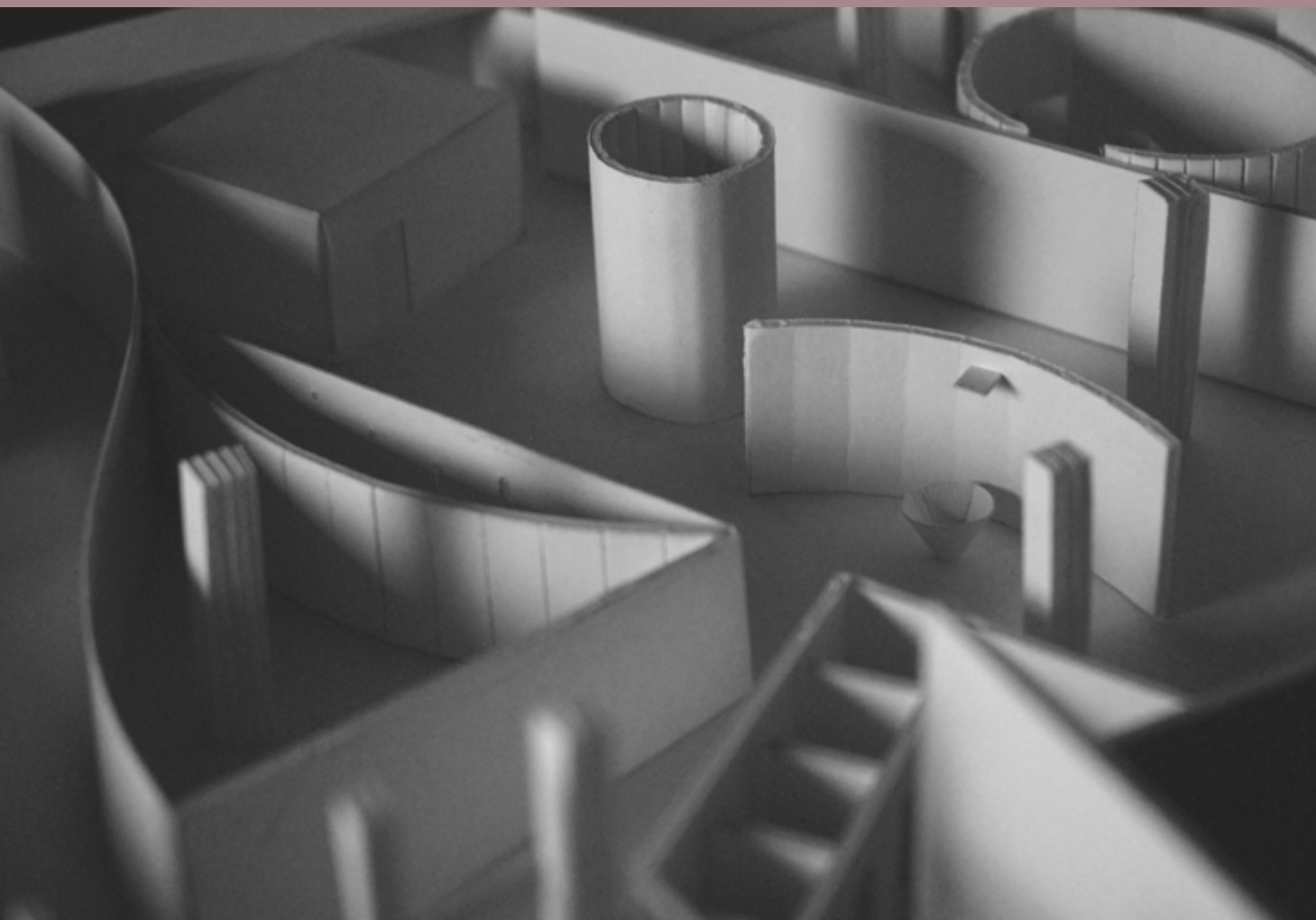




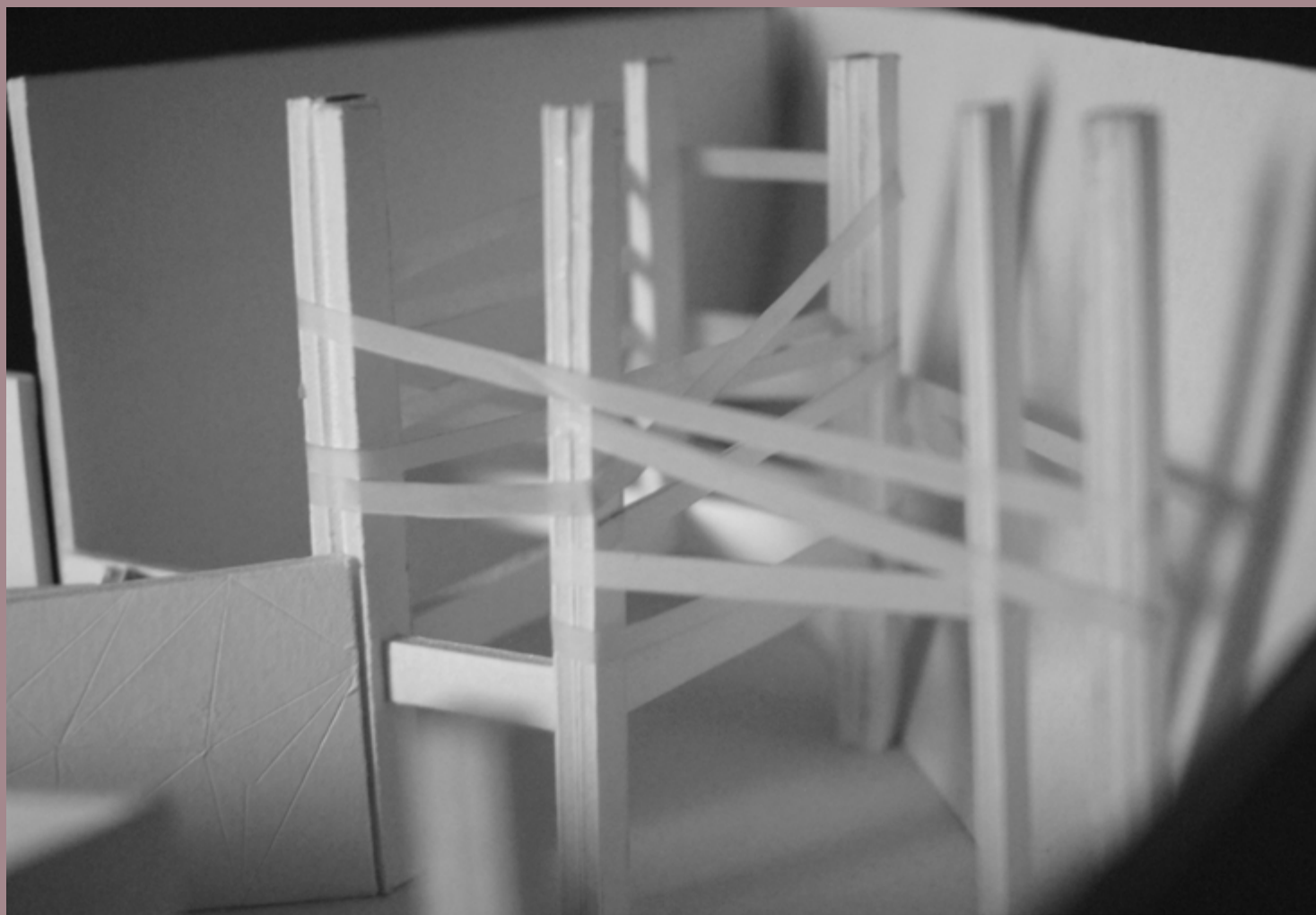






















anormal

a dor do parto que conhecemos



# normal

a dor do parto que conhecemos

7fev - 27nov | Centro Cultural São Paulo





# anormal

a dor do parto que conhecemos

7fev - 27nov | Centro Cultural São Paulo



# anormal

a dor do parto que conhecemos

7fev - 27nov | Centro Cultural São Paulo



# anormal

a dor do parto que conhecemos

7fev - 27nov | Centro Cultural São Paulo

A tipografia escolhida para a marca, inicialmente, foi a Bodoni Bold, característica pelo seu alto contraste, interessante para um jogo de luz e sombra, remetendo à questão da falta de clareza e obscuridade sobre o assunto. Posteriormente, a Bodoni foi substituída pela Playfair Display Black, por possuir uma altura x maior, facilitando a leitura.

Como tipografia auxiliar, a fonte escolhida foi a Kelson Sans, geométrica e racional. Na marca, ela aparece na versão light, sugerindo delicadeza.

As cores foram baseadas nas fotografias tiradas da gestante, depois de tratadas. A cor principal (C35 M45 Y35 K5) foi baseada na cor do mamilo da modelo, e as secundárias foram tonalidades variantes dessa cor.

**30pt** fonte principal

# Playfair Display Black

**18pt** fonte secundária

## Kelson Sans Light

C9 M11 Y9 K76

C18 M23 Y18 K52

C26 M34 Y26 K29

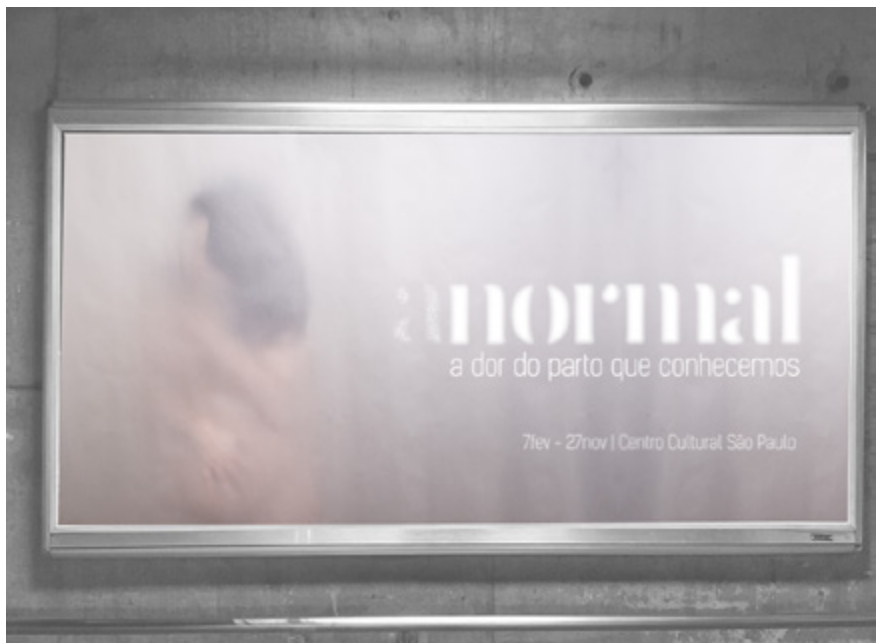
C35 M45 Y35 K5

C28 M36 Y28 K4

C21 M27 Y21 K3

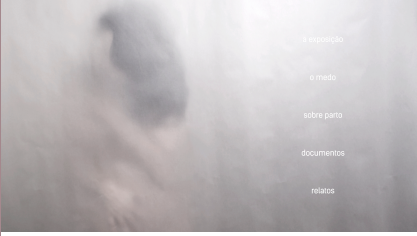
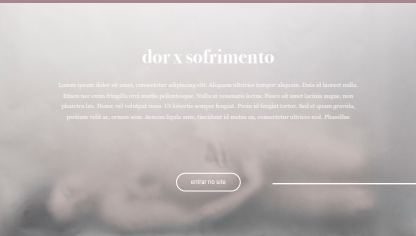
C14 M18 Y14 K2

C7 M9 Y7 K1



Exemplos de aplicação do cartaz em ponto de ônibus e metrô

Abaixo, a home ou landing page do website, com background estático e scroll vertical.

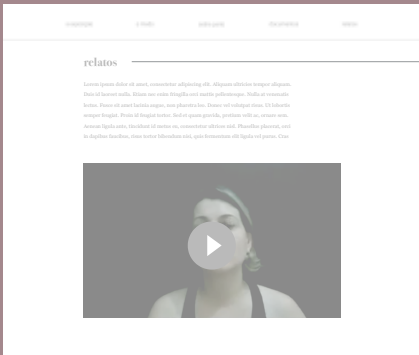




2



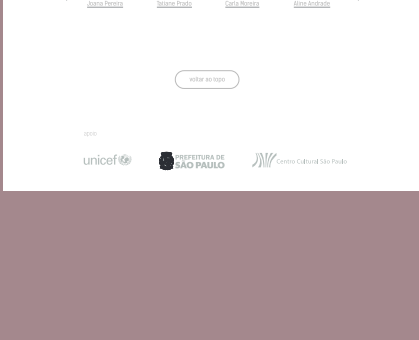
4



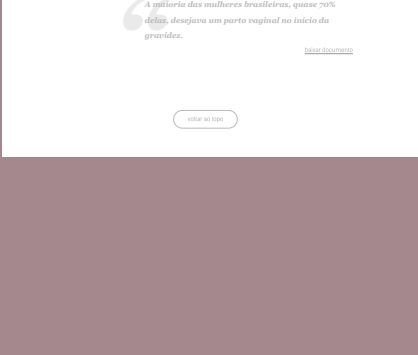
5



3



3

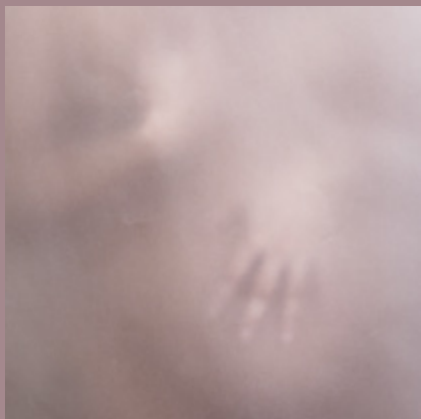


3

Ao lado, a parte interna do website. Seria uma site em single page, apenas com scroll vertical. A primeira imagem dá uma visão completa da single page, em seguida, detalhes das sessões. Ao selecionar cada título no header, a página desce no ponto de âncora referente. Os títulos das sessões ficam fixas num header superior.







# bibliografia

- 272 AMPARO MATERNAL. **Maternidade**. Disponível em: <<http://www.amparomaternal.org/>>. Acesso em: 03 mai. 2016.
- AZARA, Pedro; GURI, Carles. **Arquitectos a Escena**. Editorial Gustavo Gili, SA, 2000.
- ANS. **Estímulo ao parto normal**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em: 11 mar. 2016.
- ANS. **Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal**. Disponível em: <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br/)>. Acesso em: 23 mar. 2016.
- BENATTI, Luciana. **Parto com amor: em casa, com parteira, na água, no hospital: histórias de nove mulheres que vivenciaram o parto humanizado**. São Paulo: Panda Books, 2011. 228 p.
- BENTIVOGLIO, Leonetta; LETTOW, Fabian; PABST, Peter; SOURD, Patrick; Wenders, Win. Peter für Pina. Verlag Kettler, 2010
- CARVALHO, Luciana. **Eu não quero [outra] cesárea: ideologia, relações de poder e empoderamento feminino nos relatos de parto após cesárea**. São Paulo: Lexema, 2015. 271 p.
- CASA ANGELA. **Instalações**. Disponível em: <[http://www.casaangela.org.br/?page\\_id=570](http://www.casaangela.org.br/?page_id=570)>. Acesso em: 03 mai. 2016.
- CAVALCANTI, Adriana. **Nota Técnica Nº 703/2014 - Direito de Informação da Gestante e Obrigatoriedade do Cartão Gestante, Carta de Informação e Programa na Saúde Suplementar. Gerência Geral de Regulação Assistencial**, [S.L], dez. 2014. Disponível em: <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br/)>. Acesso em: 21 mar. 2016.
- COMISSÃO DO PARTO NORMAL. **Pesquisa sobre a assistência obstétrica na saúde suplementar**. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/>>. Acesso em: 23 mar. 2016.
- COREN. **Parto natural**. Disponível em: <<http://www.coren-sp.gov.br/>>. Acesso em: 21 mar. 2016.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no brasil: os muitos sentidos de um movimento**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. P. 53-71 p.
- D'AGOSTINI, Douglas. **Design de Sinalização**. São Paulo: Editora Blucher, 2017
- ENKIN, Murray. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 279 p.
- FIGUEIREDO, Renata. **Expografia Contemporânea no Brasil - A Sedução das Exposições Cenográficas**. São Paulo, 2011.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, SECRETARIA DE SAÚDE. **Conceitos e definições**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=668>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

HELMAN, Cecil. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIZ. **Maternidade**. Disponível em: <<http://www.saoluiz.com.br/maternidade/introducao.aspx>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

LEAL, M. C.. **Sumário Executivo Temático da Pesquisa. A mãe sabe parir, e o bebê sabe quando e como nascer**, [S.L], dez. 2011.

LEBOYER, Frédérick. **Se me contassem o parto**. São Paulo: Ground, 1998. 282 p.

KLEIN, Larry. **Exhibits: Planning and Design**. New York: Madison Square Press, Inc., 1986.

MALDONADO, Maria Tereza. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 16 ed. São Paulo: Saraiva, 2002. 229 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portarias**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html)>. Acesso em: 24 mai. 2016.

273

PEREIRA, Raquel Da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; , Nelma Baldin. **A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. Revista Brasileira de Anestesiologia**, [S.L], v. 61, n. 3, mai./jun. 2011.

PLANALTO DO GOVERNO. **Subchefia para assuntos jurídicos**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm)>. Acesso em: 23 mai. 2016.

SOGESP, . **Carta da SOGESP à ANS**. SOGESP, [S.L], mar. 2015.

SZEJER, Myriam. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento..** 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 322 p.

VELARDE, Giles. **Designing Exhibitions**. The Design Council, 1988.

VELLAY, Pierre. **Parto sem dor: princípios, práticas e testemunho..** 5 ed. São Paulo: IBRASA, 1984. 272 p.

WHO. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

WORLD HEALD ORGANIZATION. **Declaração da oms sobre taxas de cesáreas**. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

# projetos de referência

Tokujin Yoshioka \_ ***SPECTRUM (2017)***

Tokujin Yoshioka \_ ***Rainbow Church (2006-14)***

Tokujin Yoshioka \_ ***Stellar - Swarovski Crystal Palace (2010)***

Snarkitecture \_ ***COS Installation at Millan's Design Week (2015)***

Disney Pixar \_ ***UP (2009)***

Caselúdico \_ ***Experiência Alice (2016)***

Atelier Marko Brajovic \_ ***Stanley Kubrick (2013)***

The New York Times Magazine \_ edição de 27 de janeiro de 2013.

Cosac Naify \_ ***O Suplício do Papai Noel (Claude Levi-Strauss, 2008)***

Verlag Kettler \_ ***Peter für Pina (2010)***







