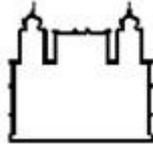


Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL A PARTIR DO
ESTUDO DE MANUAIS DE OBSTETRÍCIA

Lucia Regina de Azevedo Nicida

Rio de Janeiro
Julho de 2020



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL A PARTIR DO
ESTUDO DE MANUAIS DE OBSTETRÍCIA

Lucia Regina de Azevedo Nicida

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde da Criança e da
Mulher do Instituto Nacional de Saúde da
Mulher, da Criança e do Adolescente
Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo
Cruz, para a obtenção do título de doutora
em Saúde Coletiva.

Orientador: Dr. Luiz Antônio da Silva Teixeira
Co-orientadora: Dra. Claudia Bonan Jannotti
Co-orientadora: Dra. Andreza Rodrigues Nakano

Rio de Janeiro
Julho de 2020

CIP - Catalogação na Publicação

Nicida, Lucia Regina de Azevedo.

A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia / Lucia Regina de Azevedo Nicida. - Rio de Janeiro, 2020.
288 f.; il.

Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2020.

Orientadora: Luiz Antônio da Silva Teixeira.
Co-orientadora: Claudia Bonan Jannotti.
Co-orientadora: Andreza Rodrigues Nakano.

Bibliografia: f. 208-224

1. Medicalização. 2. Parto. 3. Assistência ao parto. 4. Saúde da mulher. I. Título.

Para Laura Mie e Lavínia Hanae,

minhas filhas e parceiras

AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos me dirigindo aos meus orientadores Luiz Antônio da Silva Teixeira, Claudia Bonan Jannotti, Andreza Rodrigues Nakano. Agradeço por ter me dado a oportunidade de viver o que considero o melhor lado de um trabalho científico, que é a troca e a discussão que permitem que a ideia final seja infinitamente superior que a ideia inicial, sem perder a sua essência. Agradeço pelo suporte que, para além do acadêmico, foi um suporte de vida, marcado pela afetuosidade e generosidade, me indicando que a superação dos obstáculos era possível.

Ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, pelo cuidado e acolhimento dispensados aos discentes através de seu quadro de funcionários, em especial aos da secretaria e da biblioteca, pela qualidade e competência no atendimento de todas as solicitações que lhes são feitas.

Nas pessoas dos professores Marcos Antonio Ferreira do Nascimento, Paula Gaudenzi e Suely Ferreira Deslandes, agradeço a todos os demais professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher pela excelência dos conhecimentos compartilhados, pelas orientações no processo de construção e apropriação desses conhecimentos, contribuindo não só na formação de doutores, mas na formação de seres humanos comprometidos com princípios formadores de uma sociedade mais justa e menos desigual.

A Ivia Maksud pelas contribuições na banca de qualificação e a Ilana Lowy que, estando presente no dia, fez observações que permitiram o aprimoramento e aperfeiçoamento do trabalho.

Agradeço ao Dr. Marcos Augusto Bastos Dias, a Dra. Maria Martha Luna Freire e a Dra. Marina Nucci pelo aceite em compor a banca da defesa da tese, assim como ao Dr. Luiz Alves Araújo Neto pelo aceite em compor a banca como suplente.

Aos colegas de turma do doutorado pelo compartilhamento de experiências, expectativas e projetos que em muito me enriqueceram. E para mencionar alguns nomes que estão gravados no meu coração, agradeço à Adriana Miranda de Castro, à Marina Cortez e a Rafael Agostini pela cumplicidade, pela afinidade de sentimentos e pelo

compartilhamento das aflições e angústias, que por fim se transformavam em risos de nós mesmos.

Por fim, mas não menos importante, quero agradecer a minha família e aos amigos Marcos André Ferreira Estácio e Márcia Serra Ferreira que compõem a minha rede de apoio, sem a qual seria impossível trilhar o caminho que me traria a este ponto de chegada, de mais uma etapa. Ponto de chegada que possa se revelar como uma nova encruzilhada para outras viagens possíveis.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), pela concessão da bolsa de estudo, sem a qual não teria sido possível cursar o doutorado.

Marco [Polo] entra numa cidade; vê alguém numa praça que vive uma vida ou um instante que poderiam ser seus; ele podia estar no lugar daquele homem se tivesse parado no tempo tanto tempo atrás, ou então se tanto tempo atrás numa encruzilhada tivesse tomado uma estrada em vez de outra e depois de uma longa viagem se encontrasse no lugar daquele homem e naquela praça. Agora, desse passado real ou hipotético, ele está excluído; não pode parar; deve prosseguir até uma outra cidade em que outro passado aguarda por ele, ou algo que talvez fosse um possível futuro e que agora é o presente de outra pessoa. –

As Cidades Invisíveis

Italo Calvino

RESUMO

Esta tese analisa o processo de medicalização do parto no Brasil a partir dos manuais de obstetrícia publicados entre os anos de 1980 e 2011. Sua construção foi inspirada nas reflexões sobre assistência ao parto, onde o direito da mulher sobre o seu corpo, à autonomia na escolha da via de parto e o acesso às informações estejam assegurados, permitindo-lhes exercer esses direitos de forma segura e consciente e vivendo a experiência única do parto de forma plena. Nosso objetivo é analisar os saberes e práticas relativas ao parto que têm sido difundidas por esses manuais, partindo do argumento que, dentro da complexa rede de aspectos que se co-constituem e que contribuem para a permanência de um quadro assistencial marcado por um uso excessivo e, por vezes, desnecessário de intervenções, inclui-se o estilo de pensamento que tem sido transmitido no processo de formação dos obstetras. Nesse sentido, os manuais de obstetrícia são um importante veículo de disseminação desse embasamento teórico que serve de sustentação às práticas obstétricas. Esse entendimento dialoga com trabalhos no campo da sociologia das ciências, dos quais destacamos os de Ludwick Fleck e Thomas S. Kuhn. Partimos de uma concepção mais geral de medicalização – entendida como o processo pelo qual a medicina amplia e consolida a sua área de atuação nos diversos campos da sociedade – e das diferentes formulações do conceito, concebidas por estudiosos do século XX. Discutimos aspectos relacionados ao formato, temáticas e mercado editorial relacionados aos manuais de obstetrícia. Examinamos alguns elementos que compõem a estrutura das relações objetivas desses manuais: agentes sociais e instituições, buscando as conexões e vínculos estabelecidos entre eles, identificando o tráfego intracoletivo e intercoletivo de conhecimento, que se constituiriam como coletivos de pensamento. Analisamos os diferentes sentidos atribuídos ao parto, a sua relação com a ideia de risco e a construção de modelos de assistência que pretendem garantir a segurança do processo de parturição. Esses modelos seriam uma expressão do estilo de pensamento do manual, e analisando esses modelos, construímos duas categorias de manuais: (1) “manejo ativo” (subdividida em “manejo ativo a priori” e “manejo ativo condicional”) e (2) “expectante”. Por fim, analisamos as estratégias de segurança: o espaço, o roteiro e as intervenções recomendadas pelos manuais de obstetrícia e as relações entre os atores que compõem a cena do parto. A tese conclui que apesar de terem sido encontradas variações significativas entre as formas de prestar o cuidado no processo de parturição, embasadas em estilos de pensamento que oscilaram entre os mais e os menos intervencionistas, todos os manuais compartilham o entendimento de que o parto é um evento tutelado pela ciência médica-obstétrica, que apesar de admitir o parto como evento “fisiológico” e “normal”, essa fisiologia acaba perdendo força e visibilidade.

Palavras-chave: Medicalização. Parto. Assistência ao parto. Saúde da mulher.

ABSTRACT

This thesis analyzes the medicalization process of childbirth in Brazil from the obstetrics manuals published between the years 1980 and 2011. Its construction was inspired by reflections on childbirth assistance, where the woman's right over her body, to autonomy in choice of birth mode and access to information are ensured, allowing them to exercise these rights safely and consciously and living the unique experience of childbirth fully. Our objective is to analyze the knowledge and practices related to childbirth that have been disseminated by these manuals, based on the argument that, within the complex network of aspects that are co-constituted and that contribute to the permanence of an assistance framework marked by excessive use, and sometimes, unnecessary interventions, include the style of thinking that has been transmitted in the process of training obstetricians. In this sense, obstetrics manuals are an important vehicle for the dissemination of this theoretical basis that supports obstetric practices. This understanding dialogues with works in the field of sociology of science, of which we highlight those by Ludwick Fleck and Thomas S. Kuhn. We start from a more general conception of medicalization - understood as the process by which medicine expands and consolidates its area of activity in the different fields of society - and from the different formulations of the concept, conceived by 20th century scholars. We discussed aspects related to the format, themes and editorial market related to obstetrics manuals. We examined some elements that compose the structure of the objective relations of these manuals: social agents and institutions, looking for the connections and links established between them, identifying the intracollective and intercollective traffic of knowledge, which would constitute themselves as collectives of thought. We analyzed the different meanings attributed to childbirth, its relationship with the idea of risk and the construction of care models that aim to guarantee the safety of the parturition process. These models would be an expression of the manual's style of thinking, and analyzing these models, we constructed two categories of manuals: (1) "active management" (subdivided into "active management a priori" and "conditional active management") and (2) "expectant". Finally, we analyze the security strategies: the space, the script and the interventions recommended by the obstetrics manuals and the relationships between the actors that compose the birth scene. The thesis concludes that although significant variations were found between the ways of providing care in the parturition process, based on styles of thought that oscillated between the most and the least interventionist, all manuals share the understanding that childbirth is an event under the tutelage of medical-obstetric science, which despite admitting childbirth as a "physiological" and "normal" event, this physiology ends up losing strength and visibility.

Keywords: Medicalization. Childbirth. Childbirth Care. Women's Health.

LISTA DE SIGLAS

ABENFO - Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CID - Classificação Internacional de Doenças

COOPMED - Cooperativa de Consumo, Editora e de Cultura Médica

CP - Casas de Parto

CPN - Centros de Parto Normal

EDUCS - Editora da Universidade de Caxias do Sul

EUA - Estados Unidos da América

FCM/UPE - Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco

FEBRASGO - Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

GO - Goiás

JICA - Japan International Cooperation Agency

MBE - Medicina Baseada em Evidências

MG - Minas Gerais

MS - Ministério da Saúde

ODM - Objetivos do Milênio

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PB - Paraíba

PE - Pernambuco

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PUC/RJ - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

RAM - Ruptura Artificial de Membrana

RC - Rede Cegonha

REHUNA - Rede de Humanização do Parto e Nascimento

RJ - Rio de Janeiro

RS - Rio Grande do Sul

SC - Santa Catarina

SP - São Paulo

SUS - Sistema Único de Saúde

UCS - Universidade de Caxias do Sul

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFCSPA - Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNESP - Universidade Estadual Paulista

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

USP - Universidade de São Paulo

PREÂMBULO

Na viagem da vida, as escolhas feitas, diante de cada encruzilhada, me trouxeram a este lugar que me permite refletir sobre o parto.

Em meio a tantos cursos possíveis, a minha trajetória acadêmica se inicia com a entrada na graduação de História no Instituto de Filosofia e Ciências Sociais – IFCS da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, no ano de 1982. A Instituição me proporcionou o contato com profissionais de alta qualidade e através dos conhecimentos transmitidos por eles, ampliaram a visão de mundo, estimularam meu espírito crítico, consolidaram o sentimento de respeito às diversidades e me permitiram descobrir a força que possuem os movimentos sociais como propulsores de mudança.

Como historiadora, o meu desejo era atuar na área da pesquisa mas, naquela época, as oportunidades eram bem mais restritas quando comparadas à época atual e não era muito comum ingressar em um curso de mestrado logo após a graduação. Desta forma, o que prevaleceu foi a minha formação na licenciatura, que me levou à sala de aula. Como professora, trabalhei, por onze anos, na rede municipal de ensino e na rede privada. Minha atuação sempre esteve voltada para que, através da história, eu contribuísse para a conscientização sobre a realidade vivida pelos grupos nos quais estive inserida e de que mudanças, quando desejadas, são possíveis de serem realizadas.

Após esse tempo, coloquei-me em uma nova encruzilhada: pensei que a conscientização que eu desejava promover poderia ir além da transmissão do conteúdo histórico. Optei por sair da sala de aula e passei a atuar com atividades de acolhimento de jovens, crianças e seus familiares em um espaço religioso. No ano de 2011, fui transferida para cidade de Manaus e foi quando este meu trabalho começou a sofrer algumas mudanças que fugiam ao meu propósito inicial.

Diante de uma nova encruzilhada, em 2012, retornei ao espaço acadêmico, através de uma especialização de “História da Saúde no Amazonas”, realizada no Instituto Leonidas & Maria Deane – ILMD / Fiocruz Amazônia. A esta altura, eu já estava casada e com duas filhas. Por uma trajetória pessoal, marcada por relatos de partos como experiência de dor e de perigo de morte, relatos que se associaram a uma indicação médica, realizei duas cesáreas. Posições que, revisitando esse percurso com a perspectiva de hoje, suspeito fortemente, seriam revistas.

Pela trajetória acadêmica, o tema do parto se fez presente ao término da especialização. Ingressei no programa de mestrado “Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia”, em uma linha de pesquisa de história, também no ILMD / Fiocruz Amazônia, e desenvolvi a dissertação intitulada “História da Política de Prevenção e Controle do Câncer no Amazonas, 1974-2011”, entre os anos de 2013 e 2015. Como um dos cânceres de maior incidência na região amazônica é o câncer de colo do útero, deparei-me com os inúmeros desafios relacionados aos cuidados à saúde da mulher e, sob essa perspectiva, o câncer e o parto passaram a fazer parte de um mesmo universo, quando analisei as políticas e programas voltados para atenção integral à saúde da mulher.

Antes mesmo de terminar o mestrado, o desejo de dar continuidade aos estudos e pesquisas acadêmicas na área de saúde da mulher já era uma certeza, e ao seu término a definição por me concentrar nas questões relativas ao parto se consolidou. O entusiasmo pelo estudo do parto só fez aumentar diante dos depoimentos postados em sites que tratavam questões sobre parto humanizado, doulas, violência obstétrica e percebi as inúmeras possibilidades que se abriam para investigação, em meio a todas essas abordagens. A este entusiasmo, somou-se o interesse de desvelar alguns aspectos relativos ao parto vivenciados no meu círculo de relacionamentos marcado por mulheres

que, sobretudo a partir dos anos de 1970, vinham optando por filhos nascidos por meio de cesárea.

Após a conclusão do mestrado, uma nova mudança permitiu o meu retorno ao Rio de Janeiro e, naquela ocasião, fiquei ainda mais motivada ao saber da existência de grupos de pesquisa que discutiam questões relativas à medicalização do parto. Foi quando me decidi pela construção da proposta de pesquisa apresentada para o ingresso no curso de doutorado do IFF.

Neste período do doutorado, por razões pessoais, transitei entre as cidades do Rio de Janeiro, Porto Alegre e São Paulo, o que me permitiu realizar a pesquisa de campo e a digitalização de manuais em bibliotecas dos três municípios, sendo bastante proveitoso em termos de acesso a uma quantidade de obras que possibilitou o enriquecimento da tese.

Também neste período de doutorado, tive a oportunidade de participar da etapa qualitativa de coleta de dados da pesquisa “Nascer Saudável”, coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Esta coleta de dados foi realizada através de observações sistemáticas e entrevistas com profissionais da assistência ao parto, em hospitais dos municípios de Porto Alegre, Joinville, São Paulo e Vitória. Através dessa experiência, tive a chance de acompanhar os processos de cuidados às mulheres desde a sua chegada à maternidade, ampliar a minha compreensão dos múltiplos desafios que são enfrentados nesse acompanhamento, as dinâmicas que são implementadas em uma sala de pré-parto, num centro obstétrico ou em um quarto PPP, e que se diferenciam de acordo com as condições disponíveis em cada hospital. E foi nessa oportunidade que, pela primeira vez, vivi a emoção de acompanhar vários nascimentos, tanto por cesárea, quanto por partos vaginais. Imagens

que estão marcadas em minha memória e que em muito enriqueceram e me auxiliaram no processo de construção desta tese.

Sumário

Introdução	19
Capítulo 1 - Contextualização das discussões em torno dos modelos de cuidado da assistência ao parto no Brasil	28
1.1 – Reflexões sobre as implicações da medicalização da assistência ao parto	28
1.2 - Políticas e Programas no contexto de “Humanização”	36
Capítulo 2 - Fundamentação Teórica	41
2.1 – Pensando a construção do conhecimento científico.....	41
2.2 - As ciências e seus manuais	45
2.3 – Estudos que utilizaram manuais como fonte e/ou objeto de estudo	52
2.4 - Medicalização um conceito polissêmico	70
Capítulo 3 - Metodologia.....	75
Capítulo 4 - Que manuais são estes? Formato, autoria, mercado editorial, edições e tráfego de conhecimentos.....	82
4.1 - Sobre o formato dos manuais	82
4.2 - Sobre as temáticas	86
4.3 - Sobre o mercado editorial.....	89
4.4 - Sobre as edições	95
4.5 - Sobre a autoria e o tráfego de conhecimentos	96
Capítulo 5 – Parto: sentidos, “riscos” e modelos assistenciais	107
5.1 – Sumários: expressão de um processo de normalização das intervenções	107
5.2 – Terminologia e sentidos.....	111

5.2.1 - Parto por via genital e suas variações	115
5.2.2 – “Parto” por via abdominal.....	118
5.3 – Os “riscos do parto” e sua relação com os modelos assistenciais.....	120
5.4 - Relação entre modelos assistenciais e os núcleos de produção de manuais.....	131
Capítulo 6 – Estratégias de segurança: o espaço, o roteiro e as intervenções e os atores que compõem a cena do parto	137
6.1 – O local de realização do parto.....	137
6.2 – Proposições de uma roteirização dos cuidados	146
6.3 – Cuidados e intervenções	157
6.4 - Reconhecendo os atores do parto	186
Considerações finais	196
Referências	207
Apêndices	224
Apêndice A	224
Artigo - Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil	224
Apêndice B	259
Lista de títulos dos manuais de obstetrícia localizados	259
Apêndice C	264
Lista dos títulos dos manuais de obstetrícia com especificação dos grupos conforme modelo de assistência ao parto.....	264
Apêndice D	266
Quadro com a identificação e descrição das editoras que publicaram os manuais estudados.....	266

Apêndice E277

Nota de pesquisa - A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia 277

Introdução

A reflexão sobre a assistência ao parto e a sua medicalização tem se tornado recorrente no campo da saúde como nos campos social, político, econômico e cultural revelando conflitos e obstáculos que necessitam ser superados para que possamos vislumbrar uma situação na assistência, onde o direito da mulher sobre o seu corpo, a autonomia na escolha da via de parto e o acesso às informações estejam assegurados, o que permitirá que as mulheres possam exercê-los de forma segura e consciente.

Essas discussões relacionadas à assistência ao parto têm ampliado a compreensão de que a análise e o enfrentamento dos conflitos e obstáculos desse campo envolvem aspectos mais abrangentes, que ultrapassam a própria área da saúde. Estudos também têm contribuído para o entendimento de que o enfrentamento e a superação dos desafios relacionados à saúde da mulher, como fenômeno complexo, exigem um pensar e um esforço conjunto entre governos, instituições, organizações e população que, em movimentos de luta permanente, possam garantir uma melhoria nas condições assistenciais e um maior empoderamento feminino (DINIZ, 1996; TORNQUIST, 2002).

Segundo Diniz (2012), garantir práticas de cuidado seguras e eficazes na assistência obstétrica pode salvar vidas e promover a saúde, entretanto quando essas intervenções são utilizadas de forma inadequada e excessiva pode gerar resultados adversos tanto para as mulheres quanto aos recém-nascidos (DINIZ; D'OLIVEIRA; LANSKY, 2012). Em se tratando da realidade brasileira, o que se tem visto é que a atenção ao nascimento baseado em boas práticas assistenciais, centrada na mulher, com o acompanhamento por profissionais experientes na assistência ao parto fisiológico, tem se tornado uma realidade para um pequeno número de mulheres de classes altas (ricas e escolarizadas), que tem acesso à poucas instituições do Sistema Único de Saúde - SUS

ou privadas que têm oferecido modelos de assistência de qualidade, o que ressalta a necessidade de um maior investimento direcionado a quem mais necessita a fim de se garantir a equidade de cuidados à maternidade (DINIZ, 2014; DINIZ; D'OLIVEIRA; LANSKY, 2012).

Segundo Diniz (2014):

“... o que as mulheres querem é ficar livres de maus-tratos, de abandono, de negligência, de solidão, de ataques à sua integridade física e sexual. Enquanto o parto chamado “Normal” for assistido de forma tão agressiva e privada de direitos, a cesárea aparecerá como alternativa menos aflitiva, dolorosa e abandonada. Será uma escolha entre o ruim e o pior, e por isso a busca de tantas mulheres pelo setor privado. Como dizem os movimentos sociais: ‘Chega de parto violento para vender cesárea’” (DINIZ, 2014, p.219).

No contexto da reflexão sobre o modelo de assistência ao parto, discussões em torno dos limites da “medicalização” e propostas de cuidados chamados de “humanizados” têm sido recorrentes entre as diferentes esferas (política, social e cultural) e atores que estão envolvidos no campo do parto e nascimento.

As propostas pela “humanização” da assistência ao parto têm promovido um debate que inclui questões sobre o uso apropriado de tecnologia no pré-natal, no parto e no nascimento e sobre a necessidade de ampliar o poder de decisão das mulheres. Elas apontam para a necessidade de que o evento do parto seja compreendido “como sendo de natureza fisiológica e cultural, momento no qual a mulher necessitaria mais de suporte psico-afetivo do que de intervenções médicas de questionável eficácia” (DIAS; DESLANDES, 2006, p.2648).

Essas discussões nos sinalizam uma inquietação quanto à eficácia do modelo hegemônico e nos indicam a pertinência do desenvolvimento de estudos que explorem os elementos que possam estar contribuindo para a configuração e manutenção de um modelo medicalizado de assistência ao parto. Modelo este que tem sido alvo de crítica

pelo “Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil” (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2002).

A conjugação de crítica aos modelos de parto hegemônico e a manutenção e expansão de um processo de medicalização dos nascimentos nos leva a compreensão que o estudo sobre o modelo de assistência ao parto implica no aprofundamento de questões relativas ao próprio conceito de medicalização, utilizado para descrever os diferentes processos relacionados ao binômio medicina-parto. O conceito de medicalização torna-se, portanto, categoria analítica central nessa tese.

Entendemos, nesse sentido, que a discussão do conceito de medicalização é um ponto fundamental para que possamos situar de que lugar estamos falando quando refletimos sobre as questões que perpassam a análise dos modelos de assistência ao parto

Por julgarmos profícua a discussão sobre as questões referentes à temática da medicalização do parto, esta tese se propõe a desenvolver as análises tomando como objeto os saberes e práticas relativas ao parto, a partir do estudo de manuais de obstetrícia publicados no Brasil entre os anos de 1980 e 2011. Tal escolha se dá por considerar esses manuais importantes instrumentos de formação desta especialidade médica. Quanto ao recorte cronológico, estabelecemos como ponto de partida os anos de 1980 por ser uma década em que ocorre uma profusão de movimentos de reflexão sobre o processo de medicalização do parto, como as conferências de consenso apoiadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS e fecha no ano de 2011, por ser o ano em que se inicia a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz, cujos dados e análises nos oferecem um panorama da situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil (Leal et al., 2014).

A despeito dos movimentos e das transformações ocorridas nos cuidados dispensados no campo da saúde materna e neonatal e das recomendações que vem sendo preconizadas no que tange às boas práticas de atenção obstétrica, a assistência ao parto continua vivendo diversos dilemas. Em grande parte da rede pública, o evento do nascimento ainda é marcado pela insegurança; por uma relação profissional-usuária autoritária, com formas de tratamento discriminatório; pela banalização da dor e do sofrimento, reforçando a associação do parto vaginal a uma experiência traumática, enquanto na rede privada o uso excessivo e desnecessário de intervenções continua sendo predominante e apresentado como resposta ao enfrentamento da dor e aos supostos “perigos” do parto vaginal (DINIZ, 2009).

O argumento da tese é que, dentro dessa complexa rede de aspectos que se constituem e que contribuem para a permanência desse quadro assistencial, inclui-se o estilo de pensamento médico que tem sido transmitido no processo de formação dos obstetras (HOTIMSKY, 2009). Nesse sentido, qualquer mudança desse modelo de assistência ao parto, que se tenha a intenção de atingir, passa pelo entendimento e identificação das concepções que têm sido difundidas pela ciência médica-obstétrica e que os manuais de obstetrícia são um importante veículo de disseminação.

No que tange à relação entre as práticas observadas na assistência ao parto e a formação recebida por médicos obstetras que contribuem para a configuração de modelos de cuidados que apresentam uma taxa elevada quanto ao uso de intervenções, nosso argumento dialoga com D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) que nos aponta que a formação científica recebida por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) corroboram para que eles se coloquem em uma posição de poder frente aqueles (as) que procuram seus cuidados, posicionamento que também se conecta com práticas referendadas em outros espaços sociais. Segundo as autoras, o enfrentamento e a

superação desse perfil de cuidado incluem um treinamento e um processo de formação médica e de enfermagem que esteja comprometido com a formação de profissionais que, no exercício da profissão, zelem pela criação de ambientes de trabalho marcados pelo respeito, abertos à escuta das “pacientes”, permitindo o alcance de melhores resultados (D’OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

Nesta mesma linha de entendimento, nosso argumento dialoga também com Hotimsky (2009) que em pesquisa etnográfica nos traz vivências de espaços de formação e treinamento médicos na especialidade de obstetrícia que dá visibilidade às experiências que contribuem para perpetuação e normalização de formas de violação à integridade física das mulheres.

“Entretanto, embora existam reações heterogêneas à normalização da violência institucional no contexto do ensino e treinamento, esta ainda representa um grande obstáculo à consolidação dos direitos humanos na formação médica em obstetrícia” (HOTIMSKY, 2009, p.12).

Em referência à opção pelo estudo dos manuais de obstetrícia, nosso argumento de tese foi construído a partir de análise de trabalhos no campo da sociologia das ciências que nos apontam os manuais como um importante instrumento de “educação científica” utilizado no processo de formação das bases conceituais que irão nortear práticas no exercício de suas especialidades, com destaque para os estudos de Ludwick Fleck e Thomas S. Kuhn.

Para definir nossas escolhas, frente às inúmeras possibilidades de caminhos de investigação, estabelecemos como objetivo geral *analisar em perspectiva sócio-histórica os saberes e práticas relativas ao parto que têm sido difundidas pelos manuais de obstetrícia publicados no Brasil entre os anos de 1980 e 2011*, refletindo sobre o seu papel para a configuração de um modelo medicalizado de assistência ao parto. Como objetivos específicos: 1 - Identificar quais cuidados, procedimentos e intervenções

obstétricas aparecem descritos nos manuais de obstetrícia; 2 - Investigar como os manuais têm orientado sobre as situações em que se aplicam o uso desses procedimentos e intervenções obstétricas no que tange à assistência ao trabalho de parto; 3 - Identificar quais os padrões de cuidados e normas que têm sido apresentados nesses manuais e 4 - Reconhecer os diferentes atores (profissionais, gestante, acompanhantes) que, segundo esses manuais, compõem a cena do parto e qual a função que eles devem desempenhar no processo de parturição.

A tese está organizada no formato clássico. Na Introdução, apresentamos a temática da tese, o objeto de estudo, os argumentos, os objetivos e a estrutura da tese. No capítulo 1 – “Contextualização das discussões em torno dos modelos de cuidado da assistência ao parto no Brasil”, pretende-se mostrar as circunstâncias em que se inserem as discussões a respeito desse modelo de assistência. No capítulo 2 apresentamos a fundamentação teórica, desenvolvida a partir de 4 eixos: 1 - a construção do conhecimento científico; 2 - as ciências e seus manuais; 3 – os estudos que se utilizam de manuais como fonte e/ou objeto; e o quarto eixo que discute o conceito de medicalização como categoria que subjaz todas as discussões que são apresentadas. No capítulo 3, a metodologia. Nos capítulos 4, 5 e 6 trataremos dos resultados e discussões pertinentes à temática desenvolvida.

No “Capítulo 4 – Que manuais são esses? Formato, autoria, mercado editorial, edições e “tráfego de conhecimentos”, trataremos de questões relativas ao formato das obras, considerações gráficas e temáticas trabalhadas, de forma a promover uma maior aproximação com os manuais que serão analisados, compreendendo que conhecer a estrutura da obra também influencia na maneira de apropriação de seu conteúdo.

O capítulo 4 também analisa dados referentes às editoras, no que tange aos interesses que movem o mercado editorial e seu reflexo sobre as obras que serão

publicadas e reeditadas, e o potencial de divulgação dos conhecimentos produzidos. Compreendendo que a divulgação deste conhecimento estaria vinculada tanto ao grau de influência que os autores possuem dentro do coletivo de pensamento ao qual pertencem, mas que também sofre influência de um movimento do mercado editorial que está aberto ou não à realização de investimentos que permitam a publicação e divulgação do conhecimento produzido pelos diferentes coletivos.

A seguir, examinaremos alguns dos elementos que compõem a estrutura das relações objetivas¹ dos manuais: agentes sociais e instituições. Com isso, buscamos identificar as conexões e vínculos estabelecidos entre eles, com o foco na identificação de possíveis tráfegos intracoletivo e intercoletivo de conhecimento, que se constituiriam como coletivos de pensamento. A construção do capítulo parte do argumento de que a identificação desses coletivos de pensamento dá visibilidade àqueles que mais fortemente aparecem como formadores de opinião e permite a identificação de vínculos entre coletivos de pensamento. Essa identificação possibilitará que, no capítulo 5, façamos a associação desses coletivos, enquanto núcleos de produção de manuais, com as categorias analíticas, o que por sua vez torna mais inteligível o tipo de cuidado que está sendo divulgado para os obstetras em formação e o grau de influência desses grupos quando observado o quadro geral.

No capítulo 5, discutiremos aspectos relacionados à organização interna dos manuais, a partir do formato apresentado por seus sumários, assim como questões referentes aos termos e sentidos atribuídos ao parto. Essa opção de análise parte do argumento de que tanto a organização do manual quanto as denominações atribuídas ao parto encontradas são expressões dos estilos de pensamento assumidos pelos manuais

¹ Conceito trabalhado por Bourdieu (2004) em referência à estrutura existente em determinado campo científico que é definida pelo volume de capital que os agentes (indivíduos ou instituições) pertencentes ao campo possuem, e que na relação com outros agentes irá comandar os pontos de vista, as intervenções científicas, os lugares de publicação, os temas e os objetos de interesse.

de obstetrícia, e que estão em conexão com a forma de prestar assistência, predominantemente, marcada pela normalização do uso de intervenções.

Como ponto de confluência entre as diferentes formas de entendimento do parto, encontramos considerações a respeito dos riscos que estariam envolvidos no evento. Para o enfrentamento desses riscos, os manuais de obstetrícia constroem modelos de assistência que garantissem a segurança do processo de parturição, e que de acordo com o pressuposto teórico que cada manual assumirá, encontraremos um perfil de cuidado mais intervencionista ou mais expectante. De acordo com o perfil apresentado pelos manuais construímos duas categorias: (1) “manejo ativo” (subdividida em “manejo ativo a priori” e “manejo ativo condicional”) e (2) “expectante”. Finalizando o capítulo, realizamos um cruzamento de informações entre os núcleos de produção de manuais, identificados no capítulo 4 e as categorias de manuais trabalhadas neste capítulo, para verificação da existência de um perfil de assistência que seja comum a todos os grupos ou se algum deles se destaca de forma específica.

O último capítulo, “Capítulo 6 - Estratégias de segurança: o espaço, o roteiro e as intervenções e suas implicações sobre as relações entre os atores que compõem a cena do parto”, será dedicado à análise das diferentes propostas de modelos assistenciais que são apresentadas pelas diferentes categorias de manuais. Nele, nos concentraremos em questões sobre as estratégias de segurança relacionadas ao local de parto, ao estabelecimento de roteiros e normas que devem ser obedecidas e sobre as intervenções que são recomendadas e em que condições e momentos elas devem ser realizadas. Nossas análises apontaram para existências de dois parâmetros fundamentais para a categorização da normalidade ou não dos partos e para a elaboração dos roteiros e normas. Um diz respeito a apresentação do parto a partir de estágios / períodos / fases, e o outro, intrinsecamente ligado ao primeiro, se refere ao tempo de parto. O capítulo

também busca identificar os atores que compõem a cena do parto e analisará o papel a ser desempenhado por eles dentro do processo de parturição, segundo os modelos assistenciais apresentados nos manuais.

Capítulo 1 - Contextualização das discussões em torno dos modelos de cuidado da assistência ao parto no Brasil

1.1 – Reflexões sobre as implicações da medicalização da assistência ao parto

O processo de ampliação da jurisdição da medicina em direção ao parto e nascimento, frequentemente nomeado como “medicalização do parto”, tem suscitado uma série de reflexões e discussões sobre seus aspectos positivos e negativos. O surgimento dessas reflexões e discussões se fortalecem a partir da década de 1950 sendo parte integrante de um contexto marcado pela efervescência de movimentos de reivindicação por mudanças do modelo pautado em uma medicalização excessiva do parto.

No rol dos movimentos por mudanças na assistência ao parto incluem-se: “o parto sem dor”, “o parto sem medo”, “o parto sem violência”, “o parto natural”. Esses movimentos se expandiram em diferentes vertentes nas décadas que se seguem, período no qual os movimentos feministas assumem um papel central através da criação de centros e de organização de coletivos femininos e apontaram para a necessidade de reforma da assistência à saúde, em que se incluíam os cuidados que vinham sendo dispensados à saúde das mulheres (DINIZ, 2005).

O debate se ampliou, alertando para o fato de que a valorização e o uso excessivo de técnicas e tecnologias de intervenção na assistência ao parto, por vezes se encontrava fora da área médica mais propriamente dita, apontando para a existência de aspectos econômicos e sociais que contribuía para a configuração desse quadro.

No campo econômico, por exemplo, estudos como os de Maia (2010) chamam atenção para o fato de que, na década de 1970, as taxas de cesarianas eram maiores nos casos de atendimentos realizados na rede conveniada e particular, quando comparados com os índices daquelas realizadas em estabelecimentos próprios da rede previdenciária. Aquele cenário sugeria que o sistema de financiamento da assistência ao parto, associado à situação socioeconômica da parturiente, seria um dos componentes formadores de um crescente processo de mercantilização relacionado ao uso do procedimento^{II} (MAIA, 2010; ROCHA; ORTIZ; FUNG, 1985).

No âmbito deste processo, incluiu-se um repensar sobre quais seriam os fatores que realmente poderiam ser apontados como significativos para a redução das taxas de mortalidade materna e perinatal. Pesquisadores questionavam se a cesárea poderia ser incluída como um desses procedimentos, já que alguns estudos indicavam que aspectos relacionados ao aperfeiçoamento e a melhoria dos serviços médicos e obstétricos, assim como aqueles relacionados ao modelo de assistência que vinha sendo dado à mulher, seriam mais relevantes do que o modelo cirúrgico de nascer (NAKANO, 2015).

No âmbito da criação de programas e políticas relacionados à saúde da mulher, inspirado na pauta de discussão trazida pelo movimento da Reforma Sanitária, e refletindo a pauta de reivindicações do movimento de mulheres, em 1984, criou-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM e que trazia como proposta a implantação de cuidados para além do ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2011b; DESLANDES, 2005).

^{II} Em 1979, em uma tentativa de conter o avanço do número de cesáreas realizadas, o Ministério da Saúde publica a Portaria MPAS/SSM-116, de 13 de dezembro de 1979, estabelecendo a equiparação da remuneração médica nos casos de realização de parto normal ou de cesariana (MAIA, 2010; ROCHA; ORTIZ; FUNG, 1985). Entretanto, segundo Faúndes e Cecatti (1991), apesar dessa equiparação dos valores, a cesárea continuaria sendo economicamente mais vantajosa para o médico ao ser considerado o número de horas que ele deveria dispensar para a realização dos procedimentos: para uma cesárea em torno de uma hora, e para um parto normal poderia demorar de seis a doze horas (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

Pelo Programa, a mulher deveria ser vista de forma integral, com o oferecimento de cuidados e serviços que atendessem as necessidades correspondentes aos diferentes ciclos de sua vida; com ações que estivessem articuladas entre todos os níveis de atenção; além da valorização de práticas de educação em saúde em torno de temáticas como: corpo, sexualidade, direito e cidadania (COSTA, 2012; MATOS et al., 2013).

Entre as ações pretendidas encontravam-se: a assistência ao pré-natal; a prevenção da mortalidade materna; os cuidados para com as doenças sexualmente transmissíveis; a assistência ao parto e puerpério; controle do câncer ginecológico e mamário e a promoção ao parto vaginal (BRASIL, 2011b; GOMES, 2004), além de abordar a questão da contracepção sob a ótica do direito da mulher e não como política de controle de fecundidade (DESLANDES, 2005).

Esse mesmo período também foi marcado pelo aumento de intervenções obstétricas; como reação a esse processo, em finais da década de 1970 e na década de 1980, ganhariam força os estudos científicos de avaliação das práticas de assistência ao parto. Com eles, surge a recomendação para um parto seguro, relacionando seu alcance ao incentivo ao parto vaginal e a um mínimo de intervenções na fisiologia, o que marca uma posição crítica em relação ao uso irracional de tecnologias no parto. Igualmente, também surgiram discussões sobre a necessidade de implementação de melhorias na interação entre a parturiente e os profissionais envolvidos nos cuidados (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2002).

Segundo Diniz (2005), uma importante referência de crítica ao excesso de intervenções foi o trabalho de Roberto Caldeyro-Barcia, de 1979, que questiona a forma de condução do parto com utilização de manobras e utilização de medicamentos de forma rotineira, sem a devida comprovação científica sobre suas possíveis vantagens ou inconvenientes.

Caldeyro-Barcia (1979) advertia, ainda, que se todas as funções da mãe e do bebê estivessem acontecendo sem anormalidades, a equipe não deveria interferir na fisiologia normal do parto, evitando-se medicações e manobras desnecessárias. Ele se referia a esse tipo de assistência como parto humanizado (CALDEYRO-BARCIA, 1979).

Também no ano de 1979, foi proclamado pelas Nações Unidas o Ano Internacional da Criança. Essa efeméride cria um ambiente propício para o aumento das críticas ao modelo de assistência em que a tecnologia e sua suposta neutralidade se sobrepujam às relações humanas^{III}. Ocorreu, então, a criação de um Comitê Europeu, composto por profissionais da saúde e epidemiologistas, sociólogos, parteiras e usuárias, a partir do qual, apoiados pela Organização Mundial da Saúde – OMS, foram organizados grupos para desenvolver estudos com foco na análise de aspectos relativos à eficácia e à segurança na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto (DINIZ, 2005).

Na década de 1980, foram realizadas três conferências internacionais de consenso organizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, em conjunto com os Escritórios Regionais da Europa e Américas da Organização Mundial da Saúde – OMS, sobre o uso apropriado de tecnologia no pré-natal, no parto e no nascimento (BOARETTO, 2003). A segunda delas, realizada em 1985, em Fortaleza, teve desdobramentos significativos e, em nota publicada na revista *The Lancet*^{IV}, reconheceu o parto como um evento natural e normal, afirmando que não havia justificativas para taxas de cesárea acima de 10 a 15% (WHO, 1985). Além do incentivo ao parto vaginal,

^{III} Modelo de assistência chamado de tecnocrático que se baseia na percepção de que corpo e mente podem ser separados, o trabalho de parto seria um processo puramente fisiológico, e o parto seria o resultado do trabalho mecânico das contrações involuntárias do útero. O parto realizado nos hospitais e conduzido pelo médico segue rotinas e rituais racionais e padronizados, em um processo de execução de procedimentos obstétricos apoiados em aparatos tecnológico e fármaco-químico (MAIA, 2010). A compreensão apresentada por Maia, ampara-se nos paradigmas do parto elaborados por Davis-Floyd (DAVIS-FLOYD, 2001).

^{IV} Publicação de prestígio no cenário da obstetrícia e neonatologia.

a instituição recomendou mudanças nas rotinas marcadas por intervenções técnicas e tecnológicas, alertando que, quando utilizadas de forma desnecessária e excessiva, elas poderiam causar danos tanto para a mãe quanto para o bebê (DINIZ, 2005; MAIA, 2010).

A Carta de Fortaleza, texto resultante da conferência de 1985, recomendava ainda que dentre as práticas e intervenções obstétricas que deveriam ser abandonadas ou ter seu uso reformulado, destacavam-se a episiotomia^v; a amniotomia^{vi}; o enema^{vii}; a tricotomia^{viii}; o uso da ocitocina^{ix}; a imposição da posição de litotomia^x; a imposição de restrição ao consumo de alimentos e a ingestão de líquidos; e a aplicação da manobra de Kristeller^{xi} (DINIZ, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). A Carta reconhecia ainda o direito da mulher de receber um suporte emocional e psicológico, de ter liberdade de escolha sobre qual seria a melhor posição do parto para ela, de ter a presença de um acompanhante e de poder participar do planejamento, execução e avaliação dos programas (BOARETTO, 2003; DESLANDES, 2005; DINIZ, 2005; VASCONCELOS, 2010).

Esse processo afirmava a necessidade de ampliar o poder de decisão das mulheres em relação às questões de saúde, em especial a relacionada ao parto, incorporando na sua pauta de discussão questões referentes aos direitos reprodutivos e sexuais, relacionando-as aos direitos humanos. Ele fazia parte de um movimento amplo que contou também com o ativismo feminista (DINIZ, 2005; 2015; NAKANO, 2015). A inclusão desse movimento no contexto de críticas ao modelo contribuiu

^v Corte cirúrgico na pele e músculos realizado na região entre a vagina e o ânus.

^{vi} Ruptura artificial da membrana que envolve o feto.

^{vii} Lavagem intestinal.

^{viii} Raspagem dos pelos na pele.

^{ix} Hormônio que apresenta várias funções, e que quando utilizado no momento do parto aumenta as contrações uterinas.

^x Posição em que o corpo está deitado com a face voltada para cima, as pernas ficam abertas com quadril e joelhos flexionados.

^{xi} Pressão sobre o abdome, no intuito de “empurrar” mecanicamente o feto, para acelerar o parto.

significativamente para implementação de mudanças nas políticas públicas (DESLANDES, 2005).

No final dos anos 1980, verifica-se por parte do “Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento” a busca por uma interlocução com o campo biomédico, sobretudo com os trabalhos produzidos no âmbito da “medicina baseada em evidências”, como forma de legitimação científica para embasamento de suas proposições (TORNQUIST, 2002).

Nesse momento, no contexto mais geral de transformações epistemológicas no campo da medicina, o ideal do que se convencionou chamar de Medicina Baseada em Evidências - MBE começou a ganhar grande força. Tal modelo de construção de verdades no campo médico tinha como base a utilização de potentes revisões bibliográficas, baseadas em técnicas estatísticas e na utilização de testes clínicos populacionais randomizados como padrão ouro de construção de conhecimentos médicos validados.

Em 1989, como resultado de uma colaboração internacional da MBE foi publicada uma revisão de sistemática de cerca de 40 mil estudos envolvendo 275 práticas de assistência perinatal, em um trabalho que envolveu mais de 400 pesquisadores entre obstetras, pediatras, enfermeiros, estatísticos, epidemiologistas, cientistas sociais e parteiras. O trabalho foi desenvolvido com estudos publicados desde 1950, sobre o tema gravidez e parto (BOARETTO, 2003; VASCONCELOS, 2010).

Em 1996, a OMS publica uma coletânea dessas revisões, passando a ser reconhecidas como “Recomendações da OMS” (WHO, 1985). A partir de então, a OMS passou a publicar e divulgar suas recomendações sobre práticas relacionadas ao parto normal, classificadas quanto à sua efetividade e segurança em quatro categorias:

1. Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;

2. Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
3. Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela;
4. Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (BOARETTO, 2003; VASCONCELOS, 2010).

As recomendações serviram de referência para a elaboração das políticas de parto brasileiras, para as campanhas do Ministério da Saúde – MS e para os movimentos sociais pela “humanização”, que se tornaram cada vez mais atuantes. Ainda em 1996, elas foram publicadas pelo MS com o título: “Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático”, e no ano 2000 foi distribuída para os ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstétrizes do país (DESLANDES, 2005; DINIZ, 2005).

No âmbito internacional, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, afirma os direitos das mulheres como direitos humanos e dá maior visibilidade às questões concernentes aos “direitos reprodutivos e sexuais de gozar uma vida sexual plena e saudável, livre de violências e opressões, incluindo a escolha de ter filhos com o suporte de uma assistência de saúde de qualidade” (DESLANDES, 2005, p.619). Naquele momento, a realidade brasileira apresentava índices que afrontavam as propostas da conferência, incluindo a baixa qualidade da assistência obstétrica, uma taxa de mortalidade que embora apresentasse um decréscimo continuava alta, as elevadas taxas de cesáreas e um baixo índice de consultas de pré-natal (DESLANDES, 2005).

“Assim se revela a inequívoca contradição entre o reconhecimento da cidadania, dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher que a OMS, a política do Ministério (representada pelo PAISM) e o movimento feminista defendiam e a cruel realidade da mortalidade materna e da assistência precária que as usuárias recebiam. Nos meados dos anos 90, portanto, o

discurso de humanização do parto encontra um terreno favorável a sua institucionalização como política pública de saúde” (DESLANDES, 2005, p.620).

Como desdobramentos desse movimento em direção a um modelo de assistência ao parto humanizado observa-se alguns marcos que delineariam políticas e programas que seriam estabelecidos nos anos 2000. Entre eles, destaca-se a “Carta de Campinas”, de 1993, documento de denúncia e de reivindicação por mudanças das condições de assistência ao parto e que marca a fundação da Rede de Humanização do Parto e Nascimento – Rehuna. A Rehuna seria composta por diferentes segmentos sociais (usuárias, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, profissionais liberais, entre outros), e profissionais de diferentes setores (público, ONGs). Ela continua atuando e suscitando discussões sobre a temática, incluindo a organização de Conferências^{xii} (DINIZ, 2005; REHUNA, 2015).

“Movimentos sociais como a Rede de Humanização do Parto (Rehuna) entre outros estão fazendo campanha por cuidados mais seguros e centrados nas mulheres, para evitar os abusos contra as mulheres como os descritos aqui e como forma de controle social sobre os serviços de saúde – um dos princípios do SUS.³⁵” (DINIZ; D’OLIVEIRA; LANSKY, 2012, p.99, tradução nossa).

Outro marco pela humanização da assistência ao parto foi quando, no ano de 1994, no Rio de Janeiro, a Maternidade Leila Diniz tornou-se a primeira maternidade pública “auto definida” como humanizada (DINIZ, 2005). Quatro anos depois, em 1998, deu-se a criação do Prêmio Galba Araújo para maternidades humanizadas, cujo critério era a adesão às recomendações da OMS, incluindo a redução das intervenções médicas desnecessárias (DINIZ, 2005; GOMES, 2004). Destaca-se, também, nesse intervalo de

^{xii} I Conferência sobre Humanização do Parto e Nascimento: realizada em Fortaleza – CE, em novembro de 2000. Uma parceria com a Japan International Cooperation Agency – JICA, contando com 1800 participantes. II Conferência, realizada em 2005, no Rio de Janeiro – RJ, com 2136 participantes de 14 diferentes nacionalidades. III Conferência, com 1836 participantes de 16 países, realizada no ano de 2010 em Brasília – DF, e a IV Conferência realizada em novembro de 2016, novamente na cidade de Brasília (REHUNA, 2015).

tempo, um acordo assinado em 1996, entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde que estabelecia um teto limite para a realização de cesarianas no SUS (NAKANO, 2015), e, em 1999, o projeto voltado para a criação das Casas de Parto (BITENCOURT; BARROSO-KRAUSE, 2004; DINIZ, 2005).

1.2 - Políticas e Programas no contexto de “Humanização”

Em junho do ano 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN. O Programa estava embasado no princípio da integralidade da assistência obstétrica e na afirmação dos direitos da mulher, em uma tentativa de romper com a priorização dos interesses das instituições prestadoras da assistência. O novo programa trazia como objetivo a reorganização da assistência, a vinculação do pré-natal ao parto e puerpério, a ampliação do acesso aos serviços e a garantia da qualidade de atendimento através do estabelecimento de um conjunto mínimo de procedimentos. Em junho do mesmo ano, é lançado um Projeto-Piloto do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH, que embora estivesse relacionado a questões referentes à gestão, também fazia parte desse conjunto de movimentos (BRASIL, 2001; 2002; DINIZ, 2005; MATOS et al., 2013; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No âmbito internacional, ainda no ano 2000, a Organização das Nações Unidas - ONU incluiu a mortalidade materna^{xiii} e a mortalidade infantil entre os oito Objetivos do Milênio – ODM, considerados como problemas de saúde pública mundial. Em decorrência do compromisso assumido pelo Brasil frente a estes objetivos foi instituído,

^{xiii} Segundo a Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID -10, a definição de “morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, decorrente de qualquer causa relacionada com a gravidez ou agravada por ela ou por medidas tomadas em relação a ela, mas não por causas acidentais ou incidentais” (COSTA, 2012, p.981).

no ano de 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (NAKANO, 2015).

Pela análise dos dados do DATASUS sobre a mortalidade materna no Brasil, entre os anos de 1996 e 2007, observou-se que entre suas principais causas encontravam-se a gravidez, o parto, o aborto e o puerpério imediato. As análises também indicavam que com a implantação do SUS ocorreu a ampliação da cobertura e do acesso à saúde, o que provocou uma queda da mortalidade, mas tornavam-se necessárias iniciativas de vigilância e controle sobre o aumento de intervenções, a citar a realização das cesarianas, das episiotomias e do uso abusivo de exame ultrassom. Procedimentos que, se utilizados sem o devido cuidado, poderiam produzir efeitos indesejáveis (COSTA, 2012).

Nos anos que se seguiram, algumas regulamentações foram sendo publicadas no sentido de ampliar e consolidar uma assistência menos intervencionista e com maior participação da mulher e de pessoas de sua afinidade. Dentre essas regulamentações encontram-se a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante à parturiente o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (BRASIL, 2005b). Outra é a Portaria nº. 1.067, de 04 de julho de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que visava garantir uma assistência de qualidade onde estavam incluídas ações como: o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberia assistência; o compartilhamento de informações e decisões junto à parturiente e seus familiares; a utilização do partograma; o oferecimento de líquido via oral durante o trabalho de parto; o respeito à escolha da mulher sobre o local e a posição do parto; o direito à privacidade no local de parto; a liberdade da mulher de se movimentar durante o trabalho de parto; o estímulo a posições não-supinas durante o trabalho de parto; o oferecimento de métodos

não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, tais como: massagens, banhos e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto; a execução de procedimentos pré-anestésicos e anestésicos, quando pertinente; a restrição ao uso rotineiro de episiotomia, que deveria ser utilizada somente em casos de indicação específica (BRASIL, 2005a).

Em 2008, o Ministério da Saúde, que já vinha propondo várias estratégias de sensibilização objetivando a redução do número de cesarianas, lançou várias campanhas dirigidas ao setor privado. Via Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e Associação Brasileira de Medicina de Grupo, essa sensibilização enfatizava o impacto negativo das cesáreas e incluía a epidemia de nascimentos pré-termo (DINIZ, 2009). Uma delas foi a campanha “Parto normal está no seu plano”, de 2008, direcionada aos consumidores. Importante lembrar que em decorrência do compromisso assumido pelo Brasil, no ano 2000, em relação aos oito “Objetivos do Milênio”, tínhamos em dois deles: ‘Melhorar a saúde materna’ e ‘Reduzir a Mortalidade Infantil’, uma relação direta com a saúde da mulher no período gestacional. Dessa forma, torna-se possível inferir que as práticas de assistência ao parto ganham maior visibilidade e abrem espaço para ações por parte do governo, inclusive incidindo mais diretamente no setor privado de atenção à saúde (NAKANO, 2015).

Ainda com o objetivo de promover o modelo de atenção baseado nos princípios da “humanização”, em 24 de junho de 2011, o Ministério da Saúde, no âmbito do SUS, instituiu a Rede Cegonha - RC. A RC se constituiria como estratégia de enfrentamento do problema do número de óbitos de mulheres e crianças que continuava elevado e da intensa medicalização do parto, em que se incluía o uso de tecnologias sem evidências de sua necessidade. Ela atuaria no sentido de garantir direitos como: ampliação de acesso, acolhimento e melhoria na qualidade do pré-natal; transporte para o pré-natal e parto; assistência ao parto e ao puerpério; assistência à criança com até 24 meses de

vida; acesso ao planejamento reprodutivo, entre outros (BRASIL, 2011a; CAVALCANTI et al., 2013; COSTA, 2012).

Para analisar o quadro brasileiro de assistência ao parto foi realizada, entre os anos de 2011 e 2012, a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz. No que tange à via de parto, verificou-se a incidência de cesarianas de 45,5% (LEAL et al., 2014) em mulheres de risco obstétrico habitual, e, se observado apenas o setor privado, o índice chega a 89,9% (LEAL et al., 2014). Essa observação sobre o setor privado evidencia a utilização do procedimento como preventivo ao “sofrimento” do parto, através da adoção da cesárea eletiva (DINIZ, 2015; HOTIMSKY, 2007; REHUNA, 2015) embora sejam conhecidos os prejuízos que o excesso de cesarianas traz para saúde da mãe e do bebê.

Os dados e análises da Nascer no Brasil nos apontam ainda que os nascidos de cesárea apresentam risco mais elevado de morbidade respiratória leve e grave, quando comparados aos nascidos de parto vaginal, compreendendo que o trabalho de parto é um dos aspectos que compõem o processo de maturação pulmonar da criança (LEAL et al., 2014). A cesariana também se constitui como fator de risco para o desenvolvimento de uma placentação anormal nas gravidezes subsequentes (LEAL et al., 2014); além de estar associada à ocorrência de near miss materno (DOMINGUES et al., 2016), e de nascimentos pré-termo (LEAL et al., 2016).

Contudo, as intervenções não ficaram evidentes somente em relação ao alto percentual de cesáreas realizadas, mas também se mostraram excessivas quando observadas algumas intervenções obstétricas ocorridas no trabalho de parto e parto vaginal. Entre os resultados relativos a essas intervenções a pesquisa apontou, por exemplo, um uso de episiotomia de 56,1 % entre as mulheres que participaram do

estudo, número que sobe para quase 75% quando consideradas as primíparas. Taxas distantes do que vem sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde que seria em torno de 10% e 30% (LEAL et al., 2014). Outra intervenção que apresentou elevada prevalência foi à utilização da posição de litotomia durante o parto, atingindo 90%, quando consideradas as parturientes de risco habitual, embora estudos indiquem que as posições verticalizadas trazem maior benefício para a mulher e para o feto (LEAL et al., 2014).

Vemos assim que a realização de práticas desnecessárias e potencialmente prejudiciais ao binômio materno-fetal continuam a fazer parte do modelo assistencial brasileiro. Estudos têm demonstrado que o grau de intervenção na assistência ao parto estaria relacionado com o modelo de atenção adotado e a busca de uma melhor qualidade da assistência requer uma revisão dos conceitos trabalhados no período de formação dos médicos obstetras, e que estes devem ser pautados nas recomendações da OMS e nas indicações das evidências científicas, requer também uma organização das maternidades que dê condições de cuidado baseados nessas recomendações e indicações, e que a dinâmica desse cuidado devolva à mulher o seu lugar de protagonista do evento, proporcionando a ela um suporte clínico e emocional adequados (D'ORSI et al., 2005; MAIA, 2010).

Capítulo 2 - Fundamentação Teórica

Esta tese foi desenvolvida a partir de quatro eixos teóricos. Os três primeiros estão interconectados em torno da compreensão dos manuais, o primeiro versa sobre a construção do conhecimento científico na era moderna; o segundo apresenta uma discussão sobre o papel dos manuais no processo de formação e prática científica e as possibilidades que se abrem no campo da pesquisa; e o terceiro, onde apreciamos diferentes trabalhos que se utilizam de manuais como fonte e/ou objeto de estudo. O quarto eixo da fundamentação teórica discute os diferentes sentidos do conceito de medicalização, por se tratar de uma categoria que subjaz as análises desenvolvidas nessa tese.

2.1 – Pensando a construção do conhecimento científico

No contexto dos estudos do campo da sociologia das ciências, as análises de Ludwick Fleck (2010) nos levaram a refletir sobre o processo de construção coletiva do conhecimento científico. Essa, por sua vez, nos auxiliou na compreensão e na análise dos desenhos assistenciais apresentados nos manuais, como expressão de estilos de pensamento do campo da obstetrícia. A aproximação com esses estudos nos esclareceu sobre a existência de diferentes “coletivos de pensamento” que desenvolvem “estilos de pensamento” próprios ao seu grupo.

“Podemos, portanto, definir o estilo de pensamento como percepção direcionada em conjunção com o processamento correspondente no plano mental e objetivo. Esse estilo é marcado por características comuns dos problemas, que interessam a um coletivo de pensamento; dos julgamentos, que considera como evidentes e dos métodos, que aplica como meios de conhecimento. É acompanhado, eventualmente, por um estilo técnico e literário do sistema do saber” (FLECK, 2010, p.149).

Para Fleck, os cientistas seriam formados a partir do coletivo de pensamento ao qual pertencem, em um processo de condicionamento da maneira de realizar suas observações, do que devem ser considerados como fatos investigáveis e observáveis e quais devem ser ignorados ou rejeitados. Esse processo também traria implicações sobre quais as indicações de procedimentos, intervenções, técnicas e tecnologias deveriam ser adotadas em cada caso.

“A cada estilo de pensamento correm, paralelamente, seus efeitos práticos, isto é, a aplicação. Qualquer pensamento é aplicável, uma vez que a convicção de que uma suposição procede ou não também exige uma atividade intelectual. A comprovação da veracidade está, portanto, tão vinculada ao estilo de pensamento quanto à pressuposição. A coerção de pensar, o hábito de pensar, ou pelo menos uma versão pronunciada contra qualquer pensamento alheio ao estilo de pensamento vigiam a harmonia entre a aplicação e o estilo de pensamento.” (FLECK, 2010, p.156).

Dois círculos formam a estrutura do coletivo de pensamento proposto por Fleck: o círculo esotérico que é constituído por um pequeno número de participantes ‘os iniciados’ e possui uma relação imediata com a formação do estilo de pensamento do referido coletivo de pensamento; o círculo exotérico formado por um número maior de participantes que se relaciona com a formação do estilo de pensamento por intermediação dos integrantes do círculo esotérico, baseado em uma relação de confiança. Em um mesmo coletivo de pensamento poderiam ser encontrados vários desses círculos que estariam justapostos e, ao mesmo tempo, estabelecendo relações entre si.

Os coletivos de pensamento não seriam totalmente fechados já que existiria uma comunicação entre eles por meio da circulação de fatos e conceitos, possibilitada pela estrutura das sociedades modernas que permitem que essa circulação ocorra ao longo do tempo e do espaço. Ou, por meio da própria circulação dos indivíduos que transitam entre diferentes coletivos de pensamento, funcionando como veículo do que Fleck

chama de “tráfego intercoletivo”. Esse entrelaçamento de diferentes coletivos de pensamento poderia inclusive provocar uma alteração de valores do estilo de pensamento (FLECK, 2010; LÖWY, 1994).

Contudo, também como parte integrante dessa estrutura do coletivo de pensamento, ocorreria um outro movimento chamado de “tráfego intracoletivo”, que contribuiria para o fortalecimento e legitimação das ideias “transpessoais” compartilhadas no interior do coletivo de pensamento, gerando um estado de solidariedade intelectual entre os pares, que por vezes ganha uma firmeza inabalável.

“(…). Quanto mais especializada, quanto mais restrita em seu conteúdo uma comunidade de pensamento é, tanto mais forte a vinculação de pensamento específica dos membros (...)” (FLECK, 2010, p.159).

Tomando como referência a medicina, Fleck nos alerta que uma característica dos estilos de pensamento desta área é a sua incomensurabilidade, tendo em vista que não seria possível o desenvolvimento de uma teoria que englobe a totalidade e a riqueza de um fenômeno estudado. Característica que se tornaria mais acentuada se considerarmos as especificidades de cada uma das especialidades médicas. Nesse caso, estes estilos de pensamento conseguiriam manter-se de forma distinta já que os especialistas passam por “um tempo de aprendizagem durante o qual acontece uma sugestão puramente autoritária de ideias, que não podem ser substituída por uma estrutura ‘universalmente racional’.” (FLECK, 2010, p.155).

As concepções de Fleck (2010) nos ajudam a analisar o estado atual da assistência ao trabalho de parto e parto no Brasil e a resistência às tentativas de transformação do quadro relacionado à indicação e uso excessivo de intervenções obstétricas. Sobre esses aspectos sua análise mostra que: “Uma vez formado, um sistema de opinião elaborado e fechado, constituído de muitos detalhes e relações,

persiste continuamente diante de tudo que lhe contradiga” (FLECK, 2010, p.69). Dessa maneira, este estudo pretende dar visibilidade aos conteúdos difundidos por essa “ciência dos manuais”, auxiliando na compreensão das práticas assistenciais que configuram a assistência ao parto no Brasil.

Outra importante contribuição, nessa linha de reflexão, no campo da sociologia das ciências, no que tange à construção do conhecimento científico, foi encontrada nas análises desenvolvidas por Bourdieu, em especial no trabalho intitulado “Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico” (BOURDIEU, 2004). Ao desenvolver o seu entendimento sobre o conceito de campo científico, Bourdieu^{XIV} nos alerta que para compreendermos uma produção científica não bastaria nos determos ao conteúdo textual dessa produção, nem somente fazer uma relação entre essa produção e o contexto social no qual ela está inserida. Para além desses dois aspectos seria necessário levarmos em consideração o que ele define como “campo” em referência ao “universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem e reproduzem ou difundem a (...) ciência. Esse universo é um mundo social como os outros, mas que obedece a leis mais ou menos específicas” (BOURDIEU, 2004, p.20).

Um aspecto que merece destaque em referência à dinâmica de um determinado campo, considerado por ele como um “microcosmo”, seria o seu grau de autonomia que o possibilitaria fazer frente às imposições externas, do que ele chama de “macrocosmo”, às quais estaria submetido. Nesse sentido, uma produção científica não poderia ser entendida com um resultado de uma “ciência pura”, tampouco como uma “ciência escrava”.

^{XIV} Conceito também trabalhado em obra anterior de Bourdieu, quando se refere ao “espaço” de posições estruturadas, de autonomia relativa e que está inserido em um conjunto maior. Possui um sistema próprio – “habitus” - que precisa ser incorporado por seus agentes, para que possam desenvolver funções no interior desse campo (BOURDIEU, 1976).

Dessa maneira, quanto maior o grau de autonomia de um campo, maior seria a sua capacidade de refratar e transfigurar as pressões externas. Contudo, um campo científico também seria um campo de forças onde agentes, sejam eles indivíduos ou instituições, lutam entre si, seja para conservar ou transformar esse campo. Nesse campo, operaria uma relação de dominação entre esses agentes e, de acordo com a estrutura das relações objetivas existentes entre eles e da posição que ocupam nessa estrutura, se determinaria o que eles poderiam fazer ou não. Esta determinação seria o resultado de um processo de interação, que envolveria questões de ordem e influência desses agentes. A sua posição na estrutura seria determinada pelo volume de capital científico^{xv} que esse agente possui e que lhe confere autoridade, o que, por sua vez, no conjunto, determinaria a estrutura do campo. (BOURDIEU, 2004)

Ancorados nas análises de Bourdieu, compreendemos que o conteúdo encontrado nos manuais estudados também deve ser entendido como fruto da posição e da autonomia que os agentes - sejam indivíduos ou instituições - ocupam dentro da estrutura de relações objetivas, tanto do campo obstétrico em si, quanto em relação às pressões externas às quais estão submetidos, que, como visto, atuam de forma simultânea e inter-relacional.

2.2 - As ciências e seus manuais

Este eixo teórico versa sobre os manuais: definição, funções e possibilidades de pesquisa. Partimos das considerações de Thomas Kuhn (2011), este sugere que os manuais, enquanto produção bibliográfica produzida em um determinado campo

^{xv} Segundo Bourdieu esse capital científico seria um capital simbólico que tem sua origem em atos relacionados aos conhecimentos produzidos e reconhecidos pelos pares, que seriam a mesmo tempo concorrentes, dentro do campo científico (BOURDIEU, 2004).

científico, utilizados especialmente na fase da “educação científica”, em que os futuros cientistas - no estudo em questão, os futuros médicos - aprendem o seu ofício. Os manuais funcionariam como instrumentos de transmissão de conhecimento científico sistematizado, apresentando o corpo teórico aceito pelo campo, assim como o modo de sua aplicação (KUHN, 2011). O que, no nosso entendimento, dialoga e ratifica as nossas observações sobre os aspectos apontados por Fleck (2010).

Desta forma, estes manuais poderiam funcionar como mecanismo de conservação de bases teóricas dominantes, definindo o que se constitui como problema e como solução, a despeito de recomendações ligadas a teorias que possam estar indo de encontro a práticas tidas como tradicionais, e, ainda, funcionando como um obstáculo à consolidação de mudanças (KUHN, 2011).

Analisar os manuais seria trabalhar com a “ciência pronta”, como definido por Latour (2000), e nos aproximar do que se construiu como “verdade” no campo obstétrico. Os manuais, então, trariam em seu conteúdo aquilo que Latour define como “caixa preta”, apresentando os elementos que, resultantes de negociações das mais diversas ordens e com os mais diferentes agentes, se tornaram consenso e como tal não são para ser discutidos ou analisados (LATOUR, 2000), e sim para serem assimilados pelos cientistas em formação.

Nessa perspectiva, relacionando-os com esta tese, os manuais surgem como possibilidade de identificação das relações entre saberes constituídos e o modelo de assistência ao parto que está sendo estudado.

Análises específicas sobre o uso de manuais como fonte e/ou objeto de pesquisa foram encontradas na área de história da educação, entre as quais destacamos aquelas desenvolvidas por Alain Choppin (2001). Entre seus trabalhos destacamos: “Pasado y presente de los manuales escolares” (CHOPPIN, 2001), trabalho que, embora concentre

suas análises em manuais destinados a alunos do ensino secundário, um público alvo distinto daquele que será apresentado nesta tese, traz reflexões importantes na medida em que nos convidou a refletir mais detidamente sobre o que se define como manual e da sua riqueza enquanto objeto de investigação.

Choppin (2001) nos mostra os manuais como um livro de uso comum e bastante familiar entre alunos e professores, chegando muitas vezes a fazer parte da memória daqueles que os utilizaram. Contudo, apesar da proximidade e familiaridade que se estabelece entre um manual e seus usuários, ele guarda uma complexidade que ultrapassaria a sua função como ferramenta pedagógica projetada para facilitar a aprendizagem dos alunos, ou ainda para ajudar os próprios professores. Essa complexidade se revelaria ao observar que o manual funcionaria como “o suporte, o repositório de conhecimento e de técnicas que, em determinado momento uma sociedade acredita que a juventude deve adquirir para a perpetuação de seus valores” (CHOPPIN, 2001, p.210).

Segundo Choppin, naqueles casos em que os manuais estejam vinculados ou tenham que atender a um programa oficial, esses programas funcionariam como uma estrutura a ser seguida exatamente como descrita em suas diretrizes. Indo um pouco mais além, os manuais também funcionariam como difusores de “um sistema de valores, uma ideologia, uma cultura” (CHOPPIN, 2001, p.210), que estariam associados aos referidos programas.

Essa difusão aconteceria através dos textos construídos de forma direta e explícita, por meio de imagens, e por mensagens sublineares. Em tempos recentes a publicidade, através de seu suporte especializado, estaria atuando de forma significativa neste processo de difusão no que tange à construção destas sublinearidades. Desta forma,

os manuais constituir-se-iam, pois, como importante meio de comunicação e divulgação de consensos estabelecidos dentro de um determinado campo (CHOPPIN, 2001).

Na medida em que o manual firma um determinado tipo de posicionamento, ele pode ser entendido como um instrumento de poder, já que exclui automaticamente todas as posições contrárias e, por isso mesmo, cria a possibilidade de gerar reações. Ao considerar o manual como uma ferramenta de formação e poder, observamos que o autor de um manual não seria apenas um testemunho de seu tempo, o que leva Choppin a reivindicar para este autor o estatuto de ator, na medida em que ele atua e representa uma determinada linha de pensamento. Nota-se que os manuais são normalmente escritos ou coordenados por grandes autoridades do campo (CHOPPIN, 2001).

Nessa trama de aspectos que se inter-relacionam, este autor-ator além de representar um conjunto de valores de um campo, também necessita negociar e produzir consensos em casos de obras de autoria coletiva, ou, ainda, em negociações a serem travadas com os editores. Nos casos de manuais que são publicados por editores privados, estes acabam por integrar uma rede de competição entre diferentes manuais.

Segundo Choppin (2001), essa competição gera uma busca pela incorporação de inovações tecnológicas, seleções pedagógicas e aplicações ideológicas que vão possibilitar múltiplas leituras de um mesmo programa, gerando produtos diferentes que vão acabar por transformá-los em uma fonte de pesquisa ainda mais diversificada e abundante (CHOPPIN, 2001).

Além de ser uma fonte diversificada, alguns manuais se constituiriam como fonte contínua de conhecimentos e valores. Isso fica ainda mais evidente se considerarmos aqueles casos em que, na busca de renovação geracional, de adaptações e atualizações de conteúdo, de ajustes diante do surgimento de inovações tecnológicas, ou ainda para realização de melhorias em decorrência de novas técnicas de impressão, os

editores acabam por realizar reedições frequentes, se assemelhando a produções em série, se tornando outra possibilidade de estudo dos manuais (CHOPPIN, 2001).

“Em resumo, é uma fonte na qual o (s) autor (es), o editor, as condições de processamento, a data de edição e atualizações sucessivas podem conhecer-se com precisão. Por isso é fácil de fazer uma crítica externa, isto é, compare o discurso do manual com o de outros manuais ou com o que nos apresentam outras fontes, sejam eles coexistentes com a sua concepção ou uso em sala de aula” (CHOPPIN, 2001, p.212).

Acrescenta-se ainda que o manual além de funcionar como difusor, ele também é um produto material: um livro, enquanto “conjunto de folhas impressas e reunidas em volume encadernado ou brochado” (RIBEIRO; NEVES, 2018b), como aparece descrito nos dicionários e de forma similar em trabalhos como os de Roger Chartier (CHARTIER, 1998). A aproximação com as análises desenvolvidas por Chartier nos permitiu refletir não só sobre a materialidade dos manuais, mas também atentarmos para o fato de que não podemos deixar de considerar que a apropriação de seu conteúdo é variável e maleável; que permite diferentes formas de compreensão, e produz diferentes significados (CHARTIER, 1998).

Uma vez que nossa pesquisa optou pelo estudo dos manuais impressos, julgamos que especificar a materialidade de nossa fonte é um aspecto importante já que para Chartier a forma de apresentação de um livro seria um dos fatores que interferiria na forma de apropriação do que se apresenta escrito e, que nesse sentido, se relacionaria a possíveis resultados que serão descritos em nossa pesquisa (CHARTIER, 1998).

“De um outro lado, para o autor, e a fortiori para o leitor, as propriedades específicas, os dispositivos materiais, técnicos ou culturais que comandam a produção de um livro ou a sua recepção, de um CD_Rom, de um filme, permanecem diferentes, porque eles derivam de modos de percepção, de hábitos culturais, de técnicas de conhecimento diferentes. A obra não é jamais a mesma quando inscrita em formas distintas, ela carrega, a cada vez, um outro significado.”(CHARTIER, 1998, p.71, grifo do autor).

Quando pensamos o manual como objeto material, passamos a percebê-lo não só como resultado do trabalho de um autor (ou autores), mas resultante também daqueles que realizam a sua edição, fabricação e distribuição, para que, por fim, ele possa ser comercializado e disponibilizado para o consumo de seu público alvo.

Retornando às análises apresentadas por Choppin (2001), essa fabricação, distribuição e consumo estariam diretamente relacionados com o contexto econômico, orçamentário, político e regulatório no qual esse manual está inserido. Na fabricação, também se incluíam questões sobre a incorporação e a utilização de novas tecnologias, o que, por sua vez, poderia influenciar no momento de escolha e indicação de uso de um determinado manual por parte dos professores e coordenadores de curso; assim como no momento da compra a ser feita pelos alunos; aspectos que segundo Choppin têm sido negligenciados pelos pesquisadores (CHOPPIN, 2001).

Outro aspecto que deve integrar nossas considerações diz respeito à reflexão sobre a nossa própria posição enquanto leitores desses manuais. Nesse sentido, retomamos a referência de Roger Chartier, agora não mais na perspectiva de seus trabalhos sobre a temática do “livro”, mas sim acerca de suas reflexões sobre “práticas da leitura”, em um diálogo travado com Pierre Bourdieu, em um capítulo da obra “Práticas da leitura” (CHARTIER et al., 2011). Essa referência se deve ao fato de que compreendemos que a leitura daquilo que poderíamos chamar de materialidade escrita do conhecimento obstétrico se constitui como ponto nevrálgico da elaboração deste estudo.

Assumimos a elaboração como ponto de partida, a posição do “leitor”, como expresso por Bourdieu, “cuja produção consiste em falar das obras dos outros” (BOURDIEU; CHARTIER, 2011, p.232). E que neste “falar das obras dos outros”, temos a pretensão de ser uma produção que dê visibilidade às orientações contidas

nessas obras e às bases teóricas subjacentes que, embora sejam de suma importância para a compreensão do desenho de uma assistência, por vezes não são percebidas ou, quando percebidas, não são dimensionadas. Desejamos que esse nosso movimento produtivo corresponda a uma escrita da prática dessas leituras, conscientes de que ela está sendo desenvolvida em um momento histórico específico no qual estamos inseridos, e que esperamos ter conseguido descortiná-lo nas partes iniciais desse nosso trabalho.

Utilizando, mais uma vez, as considerações de Bourdieu:

“(…). Se é verdade que o que eu digo da leitura é produto das circunstâncias nas quais tenho sido produzido enquanto leitor, o fato de tomar consciência disso é talvez a única chance de escapar ao efeito dessas circunstâncias. O que dá uma função epistemológica a toda reflexão histórica sobre a leitura” (BOURDIEU; CHARTIER, 2011, p.234).

Como nos alerta Chartier (2011), a leitura deve ser entendida como uma prática cultural e que, por assim ser, nos permite diferentes formas de entendimento: “(...) leituras são sempre plurais, são elas que constroem de maneira diferente o sentido dos textos, mesmo se esses textos inscrevem no interior de si mesmos o sentido de que desejariam ver-se atribuídos” (CHARTIER, 2011, p.242).

Dessa maneira, compreendendo os manuais como objetos complexos - como resultado da confluência de aspectos de natureza diversas, com o envolvimento de diferentes interlocutores, que por sua vez também interagem entre si - e, ainda, que a prática de sua leitura exige de nós uma posição crítica em relação a nosso próprio trabalho analítico, consideramos que um estudo que envolva esses manuais não deve ser realizado apenas pela justaposição de investigações específicas que se concentre em um ou outro aspecto, mas deve-se procurar desenvolvê-lo considerando a multiplicidade de perspectivas e ideias a fim de permitir uma compreensão mais global dos fenômenos que os envolvem (CHOPPIN, 2001).

2.3 – Estudos que utilizaram manuais como fonte e/ou objeto de estudo

Uma vez observadas as questões teóricas nas quais esta tese se ancora, nos aproximamos agora de estudos que têm utilizado manuais como fonte e/ou objeto de pesquisa. Pelo que observamos, o estudo de manuais tem despertado o interesse de diferentes áreas do conhecimento.

Estudo de manuais em campos científicos fora da área da saúde

Lima (2016) desenvolve um artigo que analisa os diferentes discursos sobre psicologia e de que forma esse campo científico vinha contribuindo na área de educação, tomando como fonte os manuais de psicologia utilizados na formação de normalistas, durante a primeira metade do século XX.

Em seu estudo, a autora identifica que esses manuais foram construídos com o objetivo de apresentar, de forma resumida e didática, os conhecimentos sobre psicologia embasados em pesquisas realizadas na Europa. Esse conteúdo seria uma expressão de um ambiente em que a psicologia reivindicava o status de ciência autônoma, desvinculada da filosofia, e com maior proximidade com a biologia e a sociologia (LIMA, 2016).

O trabalho de Lima (2016) analisa dez manuais que foram escritos por professores da disciplina de psicologia das escolas de curso normal, cujo conteúdo era uma reprodução, por vezes direta, dos apontamentos apresentados em suas próprias aulas. Segundo a autora, esse conteúdo estaria diretamente vinculado com as diretrizes dos programas educacionais que estavam vigentes no Brasil, em um momento em que a

psicologia era apresentada como uma ciência capaz de fornecer bases seguras à organização de práticas educativas que por sua vez contribuiriam com a educação das crianças (LIMA, 2016).

A autora, então, desenvolve suas análises compreendendo que os manuais permitem uma aproximação com os modos de pensar e conduzir a disciplina de psicologia, e procura identificar os enunciados sobre os quais se apoiavam o sistema de formação de novos professores (LIMA, 2016).

“Manual escolar: guia de estudo ou prática de competências? Estudo com professores e alunos do ensino secundário” (AFONSO, 2010) foi outro artigo encontrado fora da área da saúde. Nele, a autora concentra sua análise em manuais de história utilizados no décimo ano, em escolas do norte de Portugal. Nesse trabalho, ela estuda os manuais enquanto instrumento de trabalho utilizado no processo de ensino/aprendizagem, que sofre alterações de acordo com as políticas educativas, programas e concepções de ensino. Ampliando suas considerações sobre o que esses manuais representariam, ela os analisa como produto que se relaciona ao entendimento do que a própria sociedade pensa ser a função da escola, e que vai interferir no conhecimento e nas atividades que ali serão propostas. A partir desse entendimento, e procurando apreender dados mais específicos de como se processam essas interferências, a autora, através da realização de entrevistas com seis alunos e cinco professores da região, procura identificar a forma como esses atores se utilizam dessas atividades e se apropriam do conhecimento (AFONSO, 2010). Este artigo foi elaborado como parte do processo de construção da tese de doutorado de Afonso, que foi defendida no ano de 2013, no Instituto de Educação da Universidade do Minho, sob o título: “O papel do manual de História no desenvolvimento de competências: um estudo com professores e alunos do ensino secundário” (AFONSO, 2013).

Dentre as conclusões encontradas no estudo, a pesquisa nos auxilia na compreensão que o manual é um instrumento didático privilegiado, tanto pelos alunos quanto pelos professores. Enquanto objeto cultural, ele apresenta e valoriza determinados conteúdos em detrimento de outros, sendo um importante instrumento para que nos aproximemos das informações científicas que estão sendo compartilhadas por um determinado campo (AFONSO, 2013).

Outro estudo encontrado foi o de Silvia Fernanda de M. Figueirôa, intitulado “*A French author in a Brazilian library: Nerée Boubée (1806-1862) and a his textbooks on geological sciences*”(FIGUEIRÔA, 2018), que segue uma linha de embasamentos teóricos que muito se aproximam das opções teóricas por nós escolhidas.

Na apresentação de seu quadro analítico, Figueirôa (2018) faz referência ao trabalho de Fleck, em que chama atenção para conceitos já apresentados em nosso quadro teórico, tais como coletivo de pensamento, círculo esotérico, círculo exotérico, tráfego intracoletivo e intercoletivo. A autora tece considerações sobre as implicações decorrentes desse fluxo contínuo de ideias, entre os indivíduos que compõem um determinado coletivo de pensamento. A educação científica desempenharia então uma função que seria fundamental:

“A educação, nesse contexto, é equivalente a "coerção suave", que inicia o aluno em um estilo de pensamento anteriormente desconhecido, tornando “visível” o que era “invisível” até então.¹² Como já enfatizado por Olesko,¹³ as ideias de Fleck nos ajudam a entender as dimensões históricas e contingentes da aprendizagem e o papel das práticas de educação científica no cenário de aquisição e compartilhamento de estilos de pensamento.” (FIGUEIRÔA, 2018, p.3).

Nesse cenário, os manuais seriam uma forma de não só educar os novos cientistas, como também de manter os padrões, estabelecidos pelo coletivo de pensamento, entre os cientistas já formados.

“Nos manuais, para Fleck, a ciência é apresentada como um resumo crítico dentro de um sistema ordenado. Ele é um mosaico bem articulado resultante de cuidadosa seleção e composição, por consequência, expressando o consenso do estilo de pensamento ou, pelo menos, o coletivo hegemônico.¹⁶ Ele pretende, como afirma Oliveira, “inculcar perspectivas e diretrizes; não apenas para iniciantes, mas também para a manutenção de padrões entre os iniciados.” (FIGUEIRÔA, 2018, p.3).

Desta forma, o estudo dos manuais pode dar visibilidade aos argumentos e às ferramentas utilizadas pela ciência e contribuir para a compreensão da trajetória assumida por um determinado campo. A autora problematiza o porquê da escolha do livro de Boubée, relacionando-a com a influência da ciência francesa na educação geocientífica no Brasil, que se estenderia até o início do século XX. Para tanto, realiza sua análise a partir do conteúdo trazido pelo próprio manual, que desenvolve questões relativas à geologia discutida junto com a agricultura, e dos aspectos que foram adaptados para a edição brasileira. Figueirôa (2018) também desenvolve estudos sobre a história profissional do autor, esclarecendo que ele atuava como professor em Paris e, seguindo os critérios exigidos na época para quem se dedicava ao campo da geologia, realizava atividades de campo associadas a práticas de história natural. Boubée teria atuado não só junto a associações científicas, como também junto a setores e pessoas ligadas à publicação de livros e à divulgação científica, por vezes como parte do movimento de popularização da ciência no século XIX, revelando o perfil de um cientista ativo no campo acadêmico que pertencia a diferentes coletivos de pensamento.

A partir das considerações feitas sobre o formato e conteúdo do livro e sobre as questões referentes ao seu autor, Figueirôa (2018) investiga uma série de eventos e atuação de vários personagens que vão contribuir com a chegada da obra de Boubée ao Brasil. A aproximação com o artigo de Figueirôa (2018) nos permitiu apreciar, de forma concreta, questões relacionadas a escolhas acadêmicas e aos interesses que envolvem um processo de circulação de conhecimento onde questões de ordem geral e local se

interconectam. As considerações teóricas do trabalho de Figueirôa (2018) foram importantes para reafirmar a nossa escolha teórica, entretanto mais que isso, seu estudo contribuiu para ampliar nossa visão sobre as possibilidades de formatos que poderiam ser assumidos no processo de construção dessa tese.

Estudos de manuais no campo da história da saúde

Aproximando-nos de trabalhos que pesquisaram manuais no campo da história da saúde, iniciaremos nossas considerações pelo trabalho de Figueiredo (2005), que concentra seu olhar sobre o papel dos manuais de medicina na difusão de saber médico voltado para a população sem formação acadêmica na área da saúde, no Brasil, no século XIX. Trata-se de um trabalho histórico, cuja proposta era investigar como o conhecimento médico, elaborado em espaços acadêmicos, era recebido e assimilado pela população leiga (FIGUEIREDO, 2005).

A autora cita cinco destes manuais que circulavam no Brasil e esclareceu que concentraria suas análises em dois deles: o “Dicionário de medicina popular e ciências assessórias (1842)” e o “Formulário e guia médico (1841)”, ambos de autoria do doutor Chernoviz. Sobre sua proposta de pesquisa de trabalhar com manuais, a autora destaca que:

“Sem dúvida, o campo de investigação dos manuais de divulgação da medicina constitui campo rico e pouco explorado. São vários os caminhos de análise que se apresentam: história cultural da ciência, mediação cultural entre conhecimento médico, os leitores e as formas de leitura dos manuais.” (FIGUEIREDO, 2005, p.72).

A partir dessas análises, percebemos que as elaborações desses manuais partiram da premissa da dificuldade de acesso da população aos médicos, e que esta situação

contribuiu para o imediato sucesso dos manuais, como relatado pelo Dr. Chernoviz em referência ao sucesso financeiro do investimento realizado por ele.

“De acordo com o Dr. Chernoviz, havia um campo inexplorado localizado em publicações referentes à prática da medicina: ‘chegando aqui, percebi que este trabalho aplicado no Brasil poderia ser de grande utilidade, porque preencheria a falta que existe do assunto na língua portuguesa.’ (Herson, 1996, p.402). É interessante não esquecer que Chernoviz é europeu e recebeu sua formação na Europa, convivendo com esse tipo de literatura. Analisa a situação brasileira e percebe as possibilidades de investir (financeiramente e intelectualmente no campo inexplorado (ou pouco explorado) da divulgação do conhecimento acadêmico junto à população não acadêmica. Neste sentido estabelece-se um canal sistemático de comunicação” (FIGUEIREDO, 2005, p.66).

Através da citação acima foi possível perceber o cuidado da autora não só com as questões referentes ao conteúdo do manual, mas de relacioná-lo às características de seu “médico-autor”, como também ao contexto vivido no período de sua publicação. No caso específico do Dr. Chernoviz, ela ressalta que o desejo do médico não se restringia ao campo financeiro, no que se refere a possíveis “gastos e ganhos”, mas também na sua ambição pela fama, no desejo de tornar-se conhecido entre os bem-sucedidos, dialogar com os pares e de ser reconhecido por eles (FIGUEIREDO, 2005).

A autora reconhece os autores desses manuais “como desempenhando o papel de intermediários entre o conhecimento acadêmico de suas respectivas épocas e a comunidade, exercendo o papel de mediadores culturais na área da medicina” (FIGUEIREDO, 2005, p.68).

O modo como esses manuais foram recebidos pela população passou por diferentes caminhos documentais, levantados pela autora, entre eles legislação, literatura, inventários e testemunhos. Ao explorar esses caminhos, foi possível à autora inferir que a apropriação dessas obras se deu tanto por parte do público, seja em lares urbanos e rurais, ou por médicos práticos (médicos sem formação acadêmica), quanto por ficarem

dispostos em estabelecimentos como farmácias, onde eram considerados como livro necessário para dar suporte aos serviços ali prestados (FIGUEIREDO, 2005).

No que tange à linguagem e à estrutura dos textos apresentados, a autora reconhece a existência de um esforço por parte dos autores em construí-los com uma linguagem fácil e simplificada para possibilitar a compreensão do público leigo. Tal constatação seria então comprovada quando ela realiza uma comparação com os manuais dedicados à formação dos médicos, onde se deparou com uma linguagem mais elaborada e sofisticada (FIGUEIREDO, 2005).

Contudo, se a circulação desses manuais direcionados ao público leigo era uma empreitada bem vista pela parcela da população para a qual era direcionado, o mesmo não poderia ser afirmado quando ela verificou o posicionamento da Academia Médica Real, que não tardou em criticá-los em um movimento de desqualificação dos mesmos, como uma tentativa de fortalecer o campo de atuação dos médicos formados nas academias (FIGUEIREDO, 2005).

Outro trabalho que utilizou os manuais de medicina voltados para o público leigo como fonte de pesquisa foi realizado por Guimarães (2005). Este trabalho também desenvolveu suas análises a partir das duas obras do doutor Chernoviz, analisadas em Figueiredo, e seus resultados em muito se aproximam daquele estudo, mas com um diferencial de nos trazer uma quantidade maior de informações sobre a materialidade dos mesmos.

Os resultados de Guimarães confirmam a ampla repercussão dos manuais do dr. Chernoviz entre diferentes categorias sociais e profissionais. O “Chernoviz” além de ter sido lido por donos de boticas, patriarcas e matriarcas da elite imperial, líderes políticos e religiosos, também foi utilizado como “subsídio científico aos autodidatas e às pessoas leigas que exerc[iam] ofícios de cura, chamados pelos médicos acadêmicos de

‘charlatães’ ou ‘curiosos’” (GUIMARÃES, 2005, p.502), funcionando como instrumento de difusão de práticas e saberes validados pelas instituições médicas no cotidiano da população por onde circulava.

Após a introdução do seu artigo, onde a autora procurou apresentar os aspectos que distinguem a obra do dr. Chernoviz de outras publicações que foram produzidas durante o Império, ela desenvolveu dois subtítulos respectivamente: “O editor e sua obra: Chernoviz e o Formulário ou guia médico” e “Chernoviz e o Dicionário de medicina popular”, em que descreve sobre a configuração de cada uma das obras, as suas diferentes seções e os conteúdos que ali eram descritos, além de algumas das características dessa escrita (GUIMARÃES, 2005).

Na sequência, em “Alguns preços e a caixa de botica”, ela nos apresenta alguns dados sobre a quantidade de livros impressos, valores e custo da obra, alguns comentários sobre suas diferentes edições. Por último, em “Inovação e progresso científico”, ela destaca o cuidado do autor para que, nas reedições, fossem realizadas revisões e atualizações, e em alguns casos com a incorporação de novas seções (GUIMARÃES, 2005).

O uso de ilustrações também pôde ser verificado na obra, o que para Guimarães tornava a sua leitura mais agradável, e que contribuía para despertar o interesse dos leitores e, conseqüentemente, o aumento do número de exemplares produzidos e consumidos a cada nova edição. Em relação à introdução dessas ilustrações, a autora toma como exemplo o “Dicionário de medicina popular”, que, na segunda edição, apresentava em seu conteúdo cinco estampas e na sexta edição seriam mais de novecentas (GUIMARÃES, 2005).

Já em relação ao “Formulário ou guia médico”, o destaque observado pela autora era o do cuidado com a atualização no que tange às “verdades” científicas, visto que

este seria um dos aspectos que contribuía para o sucesso da obra, especialmente entre os boticários (GUIMARÃES, 2005).

Ainda na área da história da saúde, outra referência foi o trabalho de Gonzalez, que, em sua tese de doutorado, cujo título é “Cuidados Y mundo material: El caso de la enfermería Y la tecnología (1855-1955)” (GONZÁLES, 2015) pesquisou oito manuais que eram utilizados para a formação de profissionais que se dedicavam ao cuidado de doentes. O estudo mostrou que o período analisado se caracterizava por ser um mundo em transição, aberto à incorporação de objetos herdados da prática médica, no qual objetos eram adaptados e improvisados de outros contextos, e, ainda, um período de convivência entre velhos e novos conhecimentos e da introdução das instituições hospitalares como locais de cuidado de enfermos, onde existia uma interação entre pessoas e o mundo material (GONZÁLES, 2015).

A partir de uma perspectiva que combinou conhecimentos de antropologia, arqueologia e sociologia, Gonzáles trabalhou este mundo material como um mundo de ações, de cenário social das necessidades cotidianas, no qual significados e usos são atribuídos aos objetos, refletindo a intelectualidade de um grupo humano. O trabalho de Gonzáles considera ainda que o estudo de objetos também permitiria conhecer as relações de gênero de uma sociedade, o consumo e o intercâmbio entre seus diferentes grupos (GONZÁLES, 2015).

A partir do conteúdo trazido pelos manuais, González identificou as propriedades relativas ao uso dos objetos que ali apareciam descritos. Eles eram reutilizáveis, polivalentes, substituíveis e importados, e a importância que era dada a deles - principais e secundários - revelava o prestígio de quem os utilizava. Identificou ainda a forma como os profissionais se relacionavam com esse mundo material (GONZÁLES, 2015).

O acesso às fontes se deu no Museo Histórico de Enfermería de la Fundación José Llopi em Alicante na Espanha, que é ligado às instalações do Colegio de Enfermería. Através do catálogo bibliográfico, que permitiu o acesso a fontes que estavam no Colégio Oficial de Enfermería em Madri, foram localizados e selecionados os oito manuais a partir dos seguintes critérios: estar escrito em castelhano, ter sido publicado no período delimitado pela pesquisa, estar dirigido à formação de enfermeiras e/ou pessoas associadas ao cuidado de enfermos, e ainda conter informações extensas sobre a tecnologia disponível, os objetos, instrumentos e materiais usados nos cuidados. Assim foram selecionados quatro manuais em Alicante e outros quatro em Madrid (GONZÁLES, 2015).

Além de discorrer e analisar questões referentes aos personagens que atuavam nos cuidados dos enfermos - do contexto vivido por quem desenvolvia esse trabalho de cuidar, da identificação das tecnologias e objetos utilizados nos cuidados de enfermos, e do reconhecimento social daqueles que os utilizavam - a autora também trabalhou informações relacionadas à construção material da publicação, tais como: quatro deles eram ilustrados, sete deles foram escritos por médicos espanhóis e um era resultado de uma tradução realizada por médicos, três deles foram reeditados dentro do período de interesse e dois deles vinculavam-se a dois programas oficiais de instituições específicas (GONZÁLES, 2015).

Sobre a coleta e dados, a autora descreve que ela foi realizada dentro de um período de um ano e três meses, período no qual foram confeccionadas fichas e tabelas para registro e organização de seus dados, seguindo procedimentos do método histórico de análise. Uma delas, “Tabela 1” apresenta-se dividida em cinco colunas contendo as informações: código, título do manual, autor^{xvi}, ano de publicação e dados de publicação

^{xvi} Em uma tabela similar, González (2015) insere na mesma coluna do autor a informação sobre sua profissão.

(cidade e editora). Outras fichas foram sendo criadas e ajustadas conforme o uso e os dados que iam sendo encontrados: “A. Ficha de Manual” e “B. Ficha de Objeto”; uma tabela de registro dos objetos encontrados e outra com os procedimentos descritos; além de memorandos teóricos. Para a autora, os memorandos se constituíram como procedimento de análise central em todo seu processo de investigação e para a construção dos resultados (GONZÁLES, 2015). Especifica ainda dados tais como o número de páginas analisadas, número de ficha e número de memorandos construídos. Explica que a análise foi realizada ao mesmo tempo em que era realizada a coleta de dados, e, na medida em que a análise avançava, os dados eram organizados em categorias e subcategorias, em “um ir e vir entre dados, códigos, categorias e bibliografia, se configurando em um trabalho dinâmico e interativo” (GONZÁLES, 2015, p.87) e sobre os quais foram utilizados procedimentos de análise da teoria fundamentada.

González compreende que uma análise qualitativa dos dados é um trabalho interpretativo que vai mais além do que um relato descritivo. Ele se realiza junto com a coleta de dados, está presente em todo o período do estudo, utiliza-se da bibliografia e representa um ponto de vista interior. Além de que:

“...independentemente do método, a análise qualitativa está orientada a geração de conceitos e a construção de tipologias e taxionomas (Bryman y Burges, 1994/2001), mas não como entidades abstratas. Na atenção e cuidados da saúde, os resultados dos estudos qualitativos devem ter implicações práticas, tais como proporcionar pistas e indicações que sirvam para melhorar a prática (Minayo, 2002) y para humanizar a atenção em saúde (Morse, 2012).” (GONZÁLES, 2015, p.93).

Estudo de manuais no campo da saúde

Na área da saúde, já nos afastando de uma perspectiva histórica de análise, não foram encontrados trabalhos discriminados como estudos específicos de manuais,

relacionados a obras publicadas em períodos mais recentes. Contudo, foram encontrados trabalhos que, ao desenvolverem suas temáticas, em algum momento do seu desenvolvimento fizeram uso de manuais como fonte de informação e análise.

Nessa categoria, encontra-se o trabalho de Martin (2006) que analisou alguns trechos relacionadas ao trabalho de parto descritos no manual “Williams Obstetrics”. A autora identificou diferentes formas de abordagem da temática que se associavam a valores presentes no período em que se davam as diferentes edições. No que tange ao “trabalho” do útero e do papel da mulher no primeiro estágio do trabalho de parto, a autora destaca que, na edição de 1950, aparece descrito que o trabalho uterino acontece de forma involuntária, e nesse sentido a mulher apareceria como hospedeira passiva. Embora na mesma edição, em outro trecho da obra, ela identifica, a partir de observações clínicas, constatar-se que causas externas poderiam interferir na atividade do útero. A autora também destaca que, nas últimas edições analisadas, foi omitida esta observação de que as contrações do trabalho de parto podem ser afetadas pelo ambiente externo e estado emocional da mulher (MARTIN, 2006).

Na edição de 1985, ainda permanece a afirmação de que as contrações uterinas seriam involuntárias, mas acompanhada de uma advertência de que o uso de anestesia caudal ou peridural, na fase inicial do trabalho de parto, poderia diminuir a intensidade dessas contrações; situação que não ocorreria se a mesma só fosse administrada com o trabalho de parto em fase avançada (MARTIN, 2006).

Em suas considerações, Martin relata que da mesma maneira como ocorre no “Williams Obstetrics”, a maioria dos manuais associam um trabalho de parto “lento” a causas como: a mulher possuir uma pélvis pequena, o feto estar mal posicionado ou o útero estar muito distendido. Não aparece menção de que o estado emocional da mulher, como medo ou ansiedade, possam interferir nesse trabalho de parto. Contudo, também é

no próprio “Williams Obstetrics” que aparece a observação de que em mais da metade dos casos a causa de uma disfunção uterina seria “desconhecida”. Em relação às medidas a serem adotadas em casos de trabalho de parto “lento”, o que foi encontrado foram procedimentos externos ao corpo da mulher, tais como: realização da amniotomia, aplicação da ocitocina ou ainda a realização de cesariana (MARTIN, 2006).

Desta forma, utilizando o conteúdo de algumas edições de manuais, dialogando com outros livros e produções bibliográficas, a autora, a partir de uma perspectiva sócio-antropológica, aprofundou e ampliou análises que resultaram em importantes achados para a compreensão do tratamento médico que vem sendo dado ao parto, a partir do desenvolvimento da ciência médica-obstétrica.

Outro estudo a ser citado foi a tese de doutorado de Hotimsky (2007), em que a partir de um olhar antropológico, trabalhou com a formação em obstetrícia. A autora esclarece na seção de metodologia, que, como instrumento suplementar de sua pesquisa, realizou “uma análise comparativa de manuais^{xvii}, livros-textos e protocolos de atenção ao parto utilizados nos hospitais escolas” (HOTIMSKY, 2007, p.31) de duas instituições onde ela desenvolveu a sua pesquisa.

Na subseção “5.2.1 Da obstetrícia normal: uma formação clássica”, da seção em que trata sobre o ensino teórico e prático desenvolvido nas faculdades pesquisadas, ela destaca que a utilização do termo “clássico” que se encontra no título, de certa forma estaria associado à bibliografia básica utilizada no curso de formação, que por sua vez é considerada como uma “bibliografia clássica”. Essa bibliografia chamada de “clássica” é assim nomeada em referência aos manuais que ao longo de décadas têm sido

^{xvii} No desenvolvimento de suas análises percebemos tanto o uso do termo manual quanto do termo livro-texto para designar as publicações utilizadas como suporte, transmissão de conteúdo e de técnicas validados pelo campo científico. Contudo, o termo manual também serviu como designação de livros de cunho normativo, no sentido de estabelecimento de regras de conduta no serviço, assim como livros textos publicados pelo Ministério da saúde.

indicados aos alunos, muitos deles frutos de reedições que a partir dos livros originais foram sofrendo revisões, ampliações e atualizações, por vezes realizadas por outros autores (HOTIMSKY, 2007).

“(...). Assim, por exemplo, a primeira edição da obra que é hoje conhecida como Williams’ Obstetrics (CUNNINGHAM ET AL., 2001), livro-texto norte-americano que consta das indicações bibliográficas de quase todos os programas de graduação em obstetrícia nestas duas assim como em outras faculdades, foi organizada pelo próprio J. W. Williams e publicado em 1903 (WILLIAMS, 1903)¹⁶. A 21ª edição deste livro, de 2001, era a versão mais recente à época desta pesquisa.” (HOTIMSKY, 2007, p.48).

Entre os manuais frequentemente consultados pelos alunos das faculdades estudadas, estavam o “Obstetrícia Normal – Briquet” de Raul Briquet e o “Obstetrícia Fundamental” de Jorge Rezende, e ambos também seriam exemplos de manuais que têm sido reeditados em um processo de realização de atualizações, revisões e ampliações. Em relação ao “Obstetrícia Normal – Briquet”, cuja segunda edição foi organizada por Domingos Delascio e Antonio Guariento, Hotimsky destaca uma outra peculiaridade que se relacionaria a este manual, que é o fato dele estar associado a uma escola obstétrica específica. Seus organizadores atuavam então para “preservar uma tradição à qual se filiam, perpetuando a ‘escola obstétrica’ criada por Raul Briquet” (HOTIMSKY, 2007, p.52).

Neste caso citado, a referência seria a ‘Escola Obstétrica Paulista’, cuja fundação seria atribuída, em grande parte, à atuação de Raul Briquet. Desta maneira, o manual acaba por transformar-se em um dos “símbolos de uma identidade coletiva regional que procura se perpetuar” (HOTIMSKY, 2007, p.52). Essa perpetuação se percebe em vários níveis e em vários espaços diferentes, pois como descreve Hotimsky (2007), esse manual também consta na bibliografia de conceituadas faculdades de medicina de São Paulo, além de ser indicado como bibliografia para ingresso na área.

Interessante também foi o fato demonstrado pela autora, de que através das atualizações realizadas nos manuais tornou-se possível acompanhar aquilo que foi se tornando tendência na especialidade. Sobre este aspecto, ainda em relação ao “Obstetrícia Normal – Briquet”, a autora identificou que as atualizações realizadas mostravam uma tendência em direção a inovações tecnológicas, tais como novos exames laboratoriais e tecnologias de diagnóstico por imagem (ultra-sonografia, Doppler-fluxometria). Essa tendência permitiria inferir sobre um movimento de passagem de uma medicina tradicional para uma medicina tecnológica (HOTIMSKY, 2007).

Outra tendência foi percebida com a introdução de seções e capítulos inteiros tratando sobre patologia obstétrica, o que alterava a proposta inicial da obra que era concentrada na obstetrícia normal. Destacou ainda que no capítulo sobre medicina fetal, incluído na edição de 1994, puderam ser percebidas as duas tendências mencionadas (o direcionamento para incorporação de inovações tecnológicas e da patologia obstétrica), e se diferenciando dos demais capítulos, ele era o único em que constava autoria e o único que mencionava os direitos do paciente enquanto ser humano e cidadão. No caso, esse ser humano era em referência ao feto (HOTIMSKY, 2007). E nesse sentido ela comenta:

“Assim sendo, declarar que o feto é seu paciente, se colocando a serviço deste na defesa de seus direitos, é reiterar uma relação de tutela, reforçando uma concepção de gênero que norteou a construção social das especialidades de ginecologia e obstetrícia no século XIX (MOSCUCCI, 1990; ROHDEN, 2001), segundo a qual a reprodução é vista como principal função da mulher, cujo corpo imperfeito é dotado de um tênue equilíbrio físico e emocional, agravado durante o curso da gestação parto e puerpério, e requisitando, portanto, tutela e proteção” (HOTIMSKY, 2007, p.55).

A autora destaca ainda que, em relação às concepções de parto existentes em manuais utilizados como ferramenta de formação, tanto nos Estados Unidos como no

Brasil, é possível encontrar descrições de parto como um evento difícil e perigoso devido a um suposto caráter defeituoso do sistema reprodutivo da mulher, e inferior ao sistema reprodutivo do homem. Tais concepções contribuiriam, por exemplo, para uma assistência obstétrica onde o médico, tendo que enfrentar o “difícil” trabalho de parto, deve atuar de forma a salvar a vida do bebê (HOTIMSKY, 2007).

Os manuais, como visto anteriormente em Choppin (2001), podem se tornar objeto de polêmica entre seus usuários, e esse tipo de situação também foi encontrada na tese de Hotimsky quando ela se depara, em seu trabalho de campo, com a expressão de um dos alunos do curso de obstetrícia que expressa:

“E, na Faculdade X, depoimentos semelhantes àquele que reproduzimos abaixo em relação a *Obstetrícia Normal – Briquet* (DELASCIO; GUARIENTO, 1981) foram recorrentes entre os alunos entrevistados:

‘Eu achei a linguagem confusa, eu não achei didático o livro, eu me perdia no meio, num... num... num... assim, e... e... era difícil de entender a linguagem, a linguagem que era o problema assim. Não era nem se tinha ou não conteúdo, era a linguagem. Eu lia o texto, relia e não conseguia entender qual era a sequência do parto entendeu? (...) Os desenhos eram bons, mas a linguagem..’

A falta de atualização e de didática do Briquet levou outro aluno da Faculdade X, então no último ano do internato, a sugerir inclusive que o titular de obstetrícia deveria se responsabilizar pela organização de novo livro-texto.” (HOTIMSKY, 2007, p.112, grifo da autora).

A autora não aprofundou questões relacionadas à materialidade desses manuais, concentrando em análises sobre os conteúdos que ali eram tratados, o que permitiu uma maior aproximação com o pensamento obstétrico que era difundido.

Se na tese de Hotimsky (2007) encontramos importantes análises, sobretudo em relação ao manual “Obstetrícia Normal – Briquet”, em outro trabalho, na tese de doutorado de Nakano (2015), ampliamos a nossa perspectiva em torno das possibilidades de uma pesquisa baseada em manuais, que em muito se aproxima de nossa proposta de pesquisa. Nakano concentrou suas análises no capítulo “Operação

Cesariana”, em três edições da publicação de Jorge Resende, intitulada “Obstetrícia” – manual de referência no campo obstétrico.

Assim como em Hotimsky (2007), Nakano (2015) em sua tese intitulada: “Uso de tecnologias e as transformações nas práticas sociais e de nascimento no Brasil: uma normalização da cesárea?” (NAKANO, 2015), não tratou exclusivamente do estudo de manuais, contudo, especialmente na segunda parte do trabalho, dedicou um capítulo específico para análise da publicação. A escolha deveu-se ao fato de que Jorge Rezende foi um médico de grande projeção nacional, entusiasta da técnica da cesariana, tendo concentrado seus trabalhos no Estado do Rio de Janeiro. Desta forma, a autora apresenta um estudo sobre a trajetória do médico dentro da especialidade e da sua produção bibliográfica (NAKANO, 2015).

Sobre a análise do capítulo do manual citado, a autora destaca o cuidado de Rezende em escrever sobre a história da operação cesariana como uma forma de ensinar e deixar registrada a trajetória de aperfeiçoamento da técnica, desde a antiguidade até a atualidade. Nesta trajetória, o obstetra destaca que, no Brasil, os resultados alcançados seriam fruto de anos de trabalho da equipe da Maternidade-Escola de Laranjeiras, onde, como discípulo de Fernando Magalhães, prosseguiu no trabalho de difusão e aperfeiçoamento da técnica (NAKANO, 2015).

Em suas diferentes edições, Rezende aponta a realização da cesárea como sua técnica de preferência, e para Nakano a sua forma de escrita argumentativa levaria o leitor a assimilar a técnica como resultado de “uma evolução linear, progressiva e racional dos procedimentos técnicos, portadora de finalidade necessária, teleológica: alcançar a técnica perfeita” (NAKANO, 2015, p.104).

A partir da edição de 1987, a autora destaca que Rezende amplia a indicação de realização da cesariana, relacionando-a à redução da mortalidade materna. Dentre os

motivos que levariam à indicação de realização do procedimento incluíam-se: a desproporção fetopélvica, a apresentação pélvica em primiparturiente, o sofrimento fetal e a gemealidade, a história prévia de cesárea. Na medida em que se fortalece a ideia de que o procedimento caminhava para o status de ‘um ato cirúrgico’ perfeito, percebe-se que novas indicações foram sendo introduzidas nas edições seguintes dentre as quais se incluem: a ideia de cesárea profilática, proteção do médico contra processos judiciais, otimização do tempo do trabalho do profissional, e ainda a cesárea por solicitação da mulher (NAKANO, 2015).

Entre suas considerações, Nakano (2015) reafirma uma das funções do manual estudado:

“O estilo de pensamento em torno da cirurgia cesariana desenvolvido na escola de Jorge de Rezende, sistematizado e difundido através do livro texto ‘Obstetrícia’ e outras obras do mestre, ao longo de décadas, tem ajudado a moldar a formação e as práticas dos obstetras brasileiros, assim como percepções e aspirações coletivas mais gerais em torno do parto e do nascimento, e parece se impor como norma.” (NAKANO, 2015, p.129)^{XVIII}.

Esta posição reafirma as análises desenvolvidas pelos estudiosos de manuais. A aproximação com esses diferentes estudos que utilizaram um manual como fonte e/ou objeto de pesquisa nos abriu um leque de possibilidades sobre como desenvolver este estudo, reforçando o cuidado que se deve ter com a contextualização dos conteúdos que serão analisados. Como contribuição no campo da saúde coletiva, julgamos importante investigar quais as teorias e aplicações estão sendo difundidas nos manuais de obstetrícia, publicados entre os anos de 1980 e 2011, e se estes manuais estão relacionados, ou não, ao modelo de assistência que se tornou hegemônico na segunda metade do século XX e que ainda faz parte de nossa realidade.

^{XVIII} A página indicada é em referência ao Capítulo 7. Artigo 1 - Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro Obstetrícia de Jorge de Rezende que compõe a tese.

2.4 - Medicalização um conceito polissêmico

O estudo sobre a medicalização do parto tem nos levado a refletir sobre inúmeras questões teóricas dentre as quais destacamos aquela que gira em torno da definição do próprio conceito de medicalização. O conceito tem sido trabalhado por teóricos e estudiosos das relações entre medicina e sociedade desde a década de 1950, no âmbito das áreas das ciências sociais e humanas, assim como das ciências da saúde. Entre os primeiros estudos sobre o tema, encontramos aqueles que caracterizaram medicalização como o processo em que comportamentos relacionados à vida e a problemas sociais passaram a ser tratados pela medicina, mais especificamente pela psiquiatria. Referências importantes entre estes estudos são os trabalhos de Barbara Wootton e Thomas Szasz, realizados nas décadas de 1950 e 1960 (DAVIS, 2006; ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014).

Na década de 1970, Irving Zola (1972) caracterizou a medicalização como o processo pelo qual a medicina passa a desempenhar um papel de controle social, posição que até então era desempenhada pela religião e pela lei. Neste processo, o médico, a partir de uma suposta neutralidade e objetividade, e investido de um poder moral, assume uma posição que lhe permite indicar o tratamento do corpo e da mente, no que ele chama de monopólio médico. Para o autor, além de tratar da doença, a medicina acaba por ir mais além, identificando, controlando e produzindo novos hábitos (ZOLA, 1972).

Ainda na década de 1970, concentrando suas análises em aspectos relacionados ao universo europeu, Michel Foucault (1979) discute o processo iniciado no final do século XVII em que, a partir do nascimento da Medicina Moderna e da Higiene, surge

uma nova configuração de saberes e poderes, na qual o indivíduo e a sociedade passaram a sofrer, cada vez mais, a intervenção da medicina. Sem fazer uso específico do termo medicalização em seus primeiros trabalhos, Foucault analisou não só o exercício do poder médico sobre o indivíduo, mas a complexa rede de poder como aspecto fundamental para o funcionamento da sociedade moderna.

No seu entender, o poder não estaria em um indivíduo ou instituição específica que o exerce sobre outrem, mas sim nas relações e nos saberes que circulam e orientam a vida, naquilo que ele denomina como biopoder. Para Foucault, essas relações funcionavam como estratégia de controle e gestão dos corpos, dentro de um quadro de expansão e fortalecimento do modelo de produção capitalista, em que as medidas de saúde atuavam como forma de organização e consolidação do Estado-Nação (FOUCAULT, 2006). Dessa maneira, a ampliação da jurisdição médica sobre a sociedade não se caracteriza como um simples reflexo do avanço tecnológico da medicina, mas como um aspecto constitutivo da sociedade (FOUCAULT, 1979; 2006).

Qualificando a medicalização como uma forma de expropriação do cidadão em relação aos saberes e práticas sobre seu corpo e sua saúde, Ivan Illich (1975) afirma que a medicalização da vida se tornou uma ameaça na medida em que retirou do paciente a capacidade de gerir sua própria saúde; e em meio a ações de prevenção, diagnósticos e terapias retiram a sua autonomia pessoal, processo que se relacionaria à expansão do imperialismo médico. Atuando como uma verdadeira empresa, a medicina tomou para si o monopólio do conhecimento científico, impedindo que esse conhecimento pudesse ser compartilhado com os próprios consumidores de seus serviços (ILLICH, 1975).

Illich afirmava que o maior dano que essa empresa médica estaria causando seria a iatrogênese, que se constituiria como uma nova epidemia de doenças provocadas pela própria medicina. Seu trabalho pretendia contribuir na transformação da relação

entre o médico e o paciente, em que este último se tornasse capaz de superar a dependência criada pela medicina moderna (GAUDENZI; ORTEGA, 2012; ILLICH, 1975).

No final da década de 1990, Débora Lupton (1997) em um trabalho realizado a partir dos estudos de Foucault, desenvolve a crítica à ideia da medicalização como controle social. Na sua perspectiva, o poder médico não existe por si e os pacientes não devem ser vistos como vítimas de uma engrenagem maquiavélica. A autora vê a medicalização como um encontro entre consumidores e profissionais, vivendo em meio a uma sociedade historicamente marcada pela medicalização, onde o poder do médico se constitui no âmbito de um desejo/intenção do paciente (LUPTON, 1997).

Nesse sentido, Lupton afirma que o poder e o conhecimento médico ao invés de serem vistos como elementos de repressão, deveriam ser analisados como elementos de sedução nas sociedades modernas, e que associados a existência de uma cumplicidade entre os sujeitos envolvidos tornaria possível a sua própria manutenção. Contudo, não podemos deixar de considerar que a relação de forças que permeia esse encontro, por vezes, apresenta-se de forma desigual, aspecto que se torna fundamental, especialmente, nos momentos de negociação e decisão. Como destaca Lupton, o poder é relacional e uma estratégia que perpassaria todos os grupos sociais (LUPTON, 1997).

Numa perspectiva diversa, Peter Conrad (1992) vê a medicalização como um processo heterogêneo, marcado por interesses múltiplos e de caráter irregular, existindo vários graus de medicalização em diferentes sociedades e momentos históricos. Esta heterogeneidade estaria relacionada a inúmeros aspectos, tais como: o interesse e apoio dos médicos em relação ao que está sendo alvo da medicalização; a existência de comportamentos e sintomas mais medicalizáveis do que outros e sensíveis a competição entre diferentes grupos de especialistas; etc. (CONRAD, 1992).

Além disso, diferenças de gênero, de categorias profissionais, de grupos sociais, de faixas etárias, tornariam os indivíduos mais ou menos susceptíveis de serem medicalizados. Conrad também enfatiza que, embora as intervenções médicas sejam julgadas de acordo com sua eficácia, as consequências sociais da medicalização não ocorreriam neste mesmo formato. Elas têm relativa autonomia frente à validação médico-científica, sendo avaliada dentro do contexto social em que está inserida (CONRAD, 1992).

Mais recentemente, Clarke et al (2010) chamaram atenção para a transformação do conceito de medicalização, ocorrida a partir da década de 1990. Nesse momento, a medicina científica ocidental passa por profundas mudanças no tocante a sua organização e práticas dando origem à biomedicalização. Seu argumento central é que, através da implementação de sistemas biomédicos, de informática e de ciências e tecnologias, a biomedicina passou a intervir não só na saúde, na cura e na organização de cuidados médicos; como também na forma como pensamos e vivemos (CLARKE et al., 2010).

Compondo esse processo de mudança, as práticas de biomedicalização tomam como foco as transformações de fenômenos e de corpos através de intervenções tecnocientíficas dirigidas não somente para o tratamento, mas também para o aprimoramento da vida e para o risco. Um arcabouço de instituições biomédicas passa a ser então organizado, associado a práticas, tais como diagnósticos, tratamentos e intervenções, e as ciências da vida e tecnologias (CLARKE et al., 2010).

A existência desses diferentes estudos mostra a amplitude do conceito de medicalização. Eles nos levam ao entendimento de que o termo medicalização não reflete, pois, uma realidade ou aspecto concreto e mensurável, mas sim que se caracteriza como uma categoria analítica cuja utilização sofre influências diversas tais

como: a ideológica, a política, o aporte técnico que está sendo usado na análise^{XIX}. Nesse sentido, compreender medicalização como um conceito polissêmico nos auxilia na análise da assistência ao parto como fruto de uma construção onde ocorrem interações não só de ordem médica, mas que também inclui a dimensão sócio-cultural e nos permite analisar as profundas imbricações entre a construção do saber médico e as dinâmicas e os modelos da assistência ao parto.

^{XIX} No processo de reflexão sobre o conceito de medicalização e buscando nos aproximarmos dessa discussão no campo de estudo da assistência ao parto no Brasil, realizamos uma revisão narrativa de literatura em periódicos nacionais, publicados entre 2000 e 2017 e se encontra no Apêndice “A” (NICIDA et al., no prelo).

Capítulo 3 - Metodologia

Esta tese se inclui no campo das investigações qualitativas, utilizando contribuições dos estudos sócio-históricos relacionados à pesquisa documental. Reconhecendo a riqueza de informações que a pesquisa documental pode nos fornecer, pensamos que ela pode contribuir para o aprofundamento do entendimento da temática em estudo (CELLARD, 2012). Utilizamos como fonte primária os manuais de obstetrícia, também referenciados como livros-textos impressos, um exemplo de ferramenta de transmissão de conhecimento médico estruturado e sistematizado, indicados nos cursos de formação em obstetrícia.

Analizamos manuais publicados no Brasil, entre os anos de 1980 e 2011, de diferentes autorias, e também diferentes edições de uma mesma autoria. Desta forma, o estudo nos permite tanto um corte diacrônico, que nos possibilita a observação e a identificação de permanências e mudanças que ao longo desse período foram sendo construídas, assim como um corte sincrônico, que nos aproxima de perspectivas de abordagens que podem se diferir de acordo com as diferentes autorias que compõem o nosso corpus de pesquisa.

Procedemos à análise crítica desses documentos, cientes de que a compreensão do conteúdo desses manuais ultrapassa os limites de seus textos e, desta forma, o reconhecimento do contexto histórico no qual esses manuais foram produzidos torna-se primordial.

Consideramos ainda que o estudo dos manuais de obstetrícia, enquanto instrumento pedagógico, nos permite aproximar das concepções validadas pela ciência médica-obstétrica que estão sendo recomendadas aos médicos, em um determinado tempo e em um determinado espaço (NAKANO, 2015). Dessa forma podemos

identificar, analisar e sistematizar os argumentos e as estratégias que embasam o(s) modelo(s) medicalizado(s) de assistência ao parto no Brasil.

Estabelecemos como critério de inclusão os manuais que são utilizados nas escolas médicas que fazem parte do processo de formação dos futuros obstetras e de construção da lógica da assistência. Definimos como critério de exclusão os manuais que tratam de situações específicas como complicações no parto, gravidez e parto de risco e assuntos afins, por entendermos que, para esses casos, já estaria implícita a indicação de realização de intervenções e de utilização de técnicas e tecnologias na assistência. Também foram excluídos os manuais publicados em língua estrangeira, por considerarmos a diferença de idioma como um possível fator de impedimento ou dificultador à sua consulta e estudo por parte dos médicos em formação.

A busca de nossas fontes ocorreu entre os anos de 2015 e 2019, em portais de buscas das bibliotecas das principais universidades de medicina do país: Universidade Federal do Rio de Janeiro (unidades localizadas na cidade do Rio de Janeiro), Universidade de São Paulo (unidades localizadas na cidade de São Paulo), Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e na biblioteca da Fundação Oswaldo Cruz. Como resultado, conseguimos identificar um total de noventa e cinco manuais localizados em situação de disponibilidade de consulta. Os dados obtidos foram organizados em planilhas no Microsoft Office Excel, contendo informações bibliográficas encontradas na ficha catalográfica e de localização da obra.

A partir do levantamento de fontes, passamos para a busca de dados complementares em diferentes ambientes virtuais (sites de editoras e de notícias, e em sites de livrarias), o que nos permitiu checar e complementar algumas informações que não constavam nas fichas de consulta da base de dados das bibliotecas. Identificamos que alguns dos manuais não se encaixavam no nosso critério de inclusão. Houve casos

em que se tratava de manual destinado para área de enfermagem, ou de temáticas que não são contempladas no processo de formação médica-obstétrica, e por esse motivo foram excluídos. Mediante essas exclusões, ficamos com o número de quarenta e sete títulos de manuais, sendo que alguns títulos apresentavam mais de uma edição, perfazendo oitenta publicações.

Iniciamos então a fase da pesquisa de campo e, através da leitura dos sumários e da primeira leitura dos manuais selecionados, procedemos à seleção dos capítulos que tratavam da temática relacionada à nossa proposta de estudo. Não foi encontrado um padrão de estrutura e apresentação entre eles e, desta forma, cada manual exigiu uma apreciação particular durante o processo de escolha dos capítulos que seriam analisados. Nossas escolhas foram então baseadas no posicionamento assumido pelo próprio manual, sobre aquilo que ele entendia como elementos que compunham a assistência ao parto, assim como o seu entendimento do que era o parto.

Os capítulos estudados, as páginas da capa, ficha catalográfica, prefácio, apresentação da obra e sumário, foram digitalizados através do aplicativo Tiny Scanner para arquivamento, consultas e estudos posteriores.

Nessa aproximação física com os manuais, verificamos que ainda existiam obras que não se encaixavam em nosso critério de inclusão, ou ainda, que, no momento da consulta, não foram encontradas (mesmo quando solicitada ajuda dos bibliotecários). Com os novos cortes realizados fechamos nosso corpus de pesquisa em trinta e oito títulos e, quando observadas as edições encontradas, o número ficou em sessenta e nove manuais, conforme apresentamos no apêndice “B”.

O tratamento dos dados dos manuais seguiu os critérios indicados pela análise de conteúdo, no que se refere ao processo de sistematização e categorização dos dados encontrados a fim de torná-los inteligíveis. A partir dali, buscamos a compreensão do

que representava o conteúdo encontrado nesses documentos, analisando-os criticamente a fim de dar visibilidade à sua intencionalidade enquanto formador de práticas assistenciais relacionadas ao estado de medicalização do parto (MINAYO, 2006; ROCHA; DEUSDARÁ, 2006).

Identificado e selecionado nosso material, constituído como nossa fonte documental primária, e definidos os critérios de análise, passamos a etapa seguinte empreendendo o estudo de todos os manuais.

A fase de leitura flutuante nos permitiu a construção de pré-categorias, que na segunda fase, quando realizamos a exploração e a leitura profunda dos manuais, nos possibilitou uma maior aproximação com os aspectos que envolviam os diferentes desenhos de assistência e que nos conduziu à construção de duas grandes categorias de manuais que se diferenciavam em relação à forma de manejo do parto e funcionaram como critério de análise dos resultados apresentados nos capítulos 5 e 6. A Categoria 1 composta por vinte e cinco manuais relacionados a propostas de manejo ativo do parto (que está subdividida em duas subcategorias “a” e “b”), e Categoria 2, composta por treze manuais relacionados a uma posição expectante, como segue a explicação a seguir:

Categoria 1 – “Manejo ativo”

Subcategoria “a” – “Manejo ativo a priori” - Composta por manuais que indicam que o obstetra deve manter uma atitude ativa desde o início do processo. Totaliza seis títulos entre os trinta e oito lidos, como especificado no apêndice “C”.

Subcategoria “b” – “Manejo ativo condicional” - Esse grupo é composto por manuais que, por vezes, até partem de uma posição expectante, mas que, no desenvolvimento do capítulo, indicam um limite de tempo pré-estabelecido, a partir do qual o parto se torna “anormal”, e o obstetra deve atuar de forma ativa. Integrando

esta subcategoria foram classificados dezenove títulos entre os trinta e oito lidos (apêndice “C”).

Categoria 2 – “Expectante”

Formada por manuais que recomendam que o obstetra deve acompanhar a evolução do parto, não havendo necessidade de abreviar, acelerar ou apressar um processo que esteja transcorrendo sem anormalidades. Nesse grupo foram incluídos onze títulos entre os trinta e oito lidos (apêndice “C”).

A imersão no conteúdo dos manuais, nesse processo de constituição dessas categorias, nos fez perceber mais nitidamente a existência de manuais que apresentavam um formato mais pormenorizado e que, por tratarem mais amplamente os assuntos propostos em torno da assistência, acabavam por conter as mesmas temáticas e indicações encontradas em manuais de formato mais condensado.

Desta forma, optamos por desenvolver uma amostragem intencional, selecionando os manuais que apresentavam as temáticas com uma maior completude ou de caráter *sui generis*, pois, segundo Pires (2012), em uma pesquisa qualitativa a definição de uma amostra pode ser o resultado de um processo onde o pesquisador analisa o todo a partir de uma parte (PIRES, 2012).

Nossa amostra fechou em um conjunto mais reduzido de dezesseis manuais, compreendendo que essa “amostra fechada” (FONTANELLA et al., 2011) já nos ofereceria os dados necessários e suficientes para dar conta das nossas questões de pesquisa que seriam tratadas no capítulo subsequente. Atentamos também para o cuidado de zelar pelo equilíbrio da quantidade de manuais representativos de cada categoria.

Com a adoção dessa configuração, evitamos também o desgaste desnecessário com análises de vários textos de posições e indicações análogas; nos possibilitando a

realização de uma análise mais profícua. Dessa maneira, a análise cujos resultados são apresentados no “capítulo 6 – Estratégias de segurança: o espaço, o roteiro e as intervenções e suas implicações sobre as relações entre os atores que compõem a cena do parto” foi realizada com base na amostra selecionada, que ficou assim constituída:

Categoria 1	Subcategoria "a"	<i>Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento</i>	Niswander, Kenneth R; Evans, Arthur T
		<i>Noções práticas de obstetrícia</i>	Corrêa, Mário Dias
		<i>Obstetrícia</i>	Rezende, Jorge de
		<i>Obstetrícia</i>	Falcone, Iremar
	Subcategoria "b"	<i>Condutas em Clínica Obstétrica</i>	Madi, José Mauro (Org); Rombaldi, Renato Luis; Tessari, Dilma Maria
		<i>Diagnóstico e tratamento em obstetrícia e ginecologia</i>	Benson, Ralph Criswell
		<i>Obstetrícia básica</i>	Neme, Bussamara
		<i>Obstetrícia Normal, Raul Briquet (in memoriam)</i>	Guariento, Antonio
		<i>Rotinas em obstetrícia</i>	Freitas, Fernando; Martins-Costa, Sérgio H.; Ramos, José Geraldo Lopes; Magalhães, José Antônio.
	Categoria 2	<i>Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins</i>	Bankowski, Brandon J. Et all
<i>Manual de obstetrícia</i>		Evans, Arthur T.	
<i>Manual de terapêutica: Ginecologia e obstetrícia</i>		Grando, Leisa Beatriz (Org)	
<i>Obstetrícia básica</i>		Chaves Netto, Hermógenes; Sá, Renato Augusto Moreira de	
<i>Obstetrícia e ginecologia: diagnóstico e tratamento</i>		DeCherney, Alan H; Nathan Lauren	
<i>Obstetrícia normal e patológica.</i>		Barbosa, Luiz Aguirre Horta	
<i>Williams obstetrícia</i>		Cunningham, F. Gary; MacDonald, Paul C.; Gant, Norman F.; Leveno, Kenneth J.; Gilstrap, Larry C.; Hankins, Gary D.; Clark, Steven L.	

Figura 3.2 - Quadro 1 – Amostra fechada de manuais
Fonte: Elaboração própria

Essa análise por amostra fechada nos permitiu uma leitura mais aprofundada (PIMENTEL, 2001) e um detalhamento maior das temáticas propostas.

Por se tratar de uma pesquisa documental, esta tese está dispensada da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Capítulo 4 - Que manuais são estes? Formato, autoria, mercado editorial, edições e tráfego de conhecimentos

Nesse capítulo, examinaremos os manuais considerando aspectos relacionados a características apresentadas pela publicação, inspirados nas análises de Chartier (1998), que ressalta a importância de estudarmos a forma de apresentação da obra e de estarmos atentos às relações que orbitam a sua publicação, por considerar que esses aspectos influenciam a maneira de apropriação de seu conteúdo. Trataremos de questões relativas ao formato da obra, as autorias, sobre a existência ou não de vínculo institucional do próprio manual e/ou desses autores e algumas questões relativas ao mercado editorial.

Nosso objetivo com esse capítulo é dar visibilidade a alguns elementos que compõem a estrutura das relações objetivas: agentes sociais e instituições, como referenciadas em Bourdieu (2004) e, através da análise das associações e vínculos que se estabelecem entre eles, identificar os núcleos de produção de manuais que se formam e que contribuem para o tráfego de conhecimentos intercoletivo e intracoletivo (FLECK, 2010). A identificação desses núcleos nos permitirá, então, a visualização dos coletivos de pensamento que constroem e publicam manuais de obstetrícia e a intensidade das relações apresentadas por eles e que se constituem como os disseminadores dos modelos de cuidado na assistência ao parto recomendados aos obstetras em formação.

4.1 - Sobre o formato dos manuais

Os manuais de obstetrícia analisados são livros-textos impressos, utilizados pelos alunos nos cursos de formação em obstetrícia, por médicos residentes como também por médicos no exercício da profissão. Ou seja, são livros impressos com os quais os médicos estabelecem contato no período da graduação e, desde então, mesmo depois de formados, continuam sendo utilizados como uma importante fonte de consulta e estudos.

Os manuais apresentam tamanhos, espessuras e quantidade de páginas bem variadas. O manual “Obstetrícia” (MORON; CAMANO; KULAY JUNIOR, 2011), por exemplo, possui 1817 páginas, o “Obstetrícia” (REZENDE, 2002) possui 1454 páginas; mas também encontramos o “Manual de condutas em obstetrícia” (CHAVES NETTO; SÁ, 1998), com 289 páginas, e o “Obstetrícia” (BARROS; LINS; GALHARDO, 1987) com 192 páginas. Essa variação da quantidade de páginas também foi encontrada quando observamos diferentes edições de um mesmo manual, a citar “Rotinas em Obstetrícia” (FREITAS et al., 1993) que, em sua 2ª edição, possuía 365 páginas e em sua 6ª edição, 904 páginas. Variações relacionadas tanto a uma mudança de diagramação, quanto em decorrência da ampliação dos conteúdos tratados e da incorporação de novas temáticas, foram ganhando mais importância ao longo do período.

Quanto ao uso de figuras e cores, percebemos que as publicações foram gradativamente, ao longo dos anos, fazendo maior uso de cores e em relação as figuras utilizadas, estas passaram a apresentar uma maior definição.

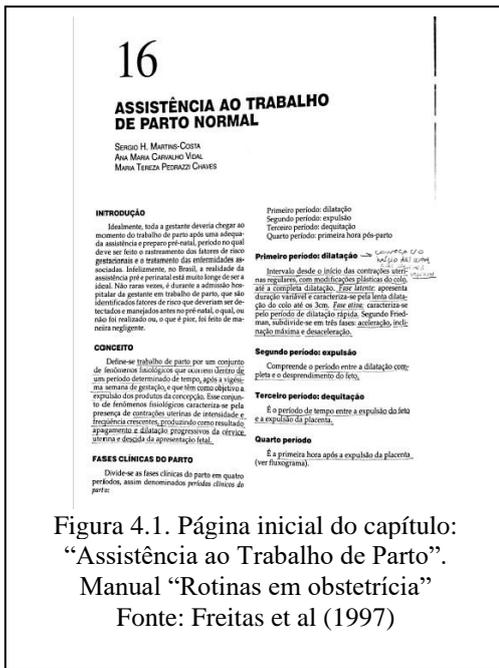


Figura 4.1. Página inicial do capítulo: “Assistência ao Trabalho de Parto”. Manual “Rotinas em obstetrícia”
Fonte: Freitas et al (1997)

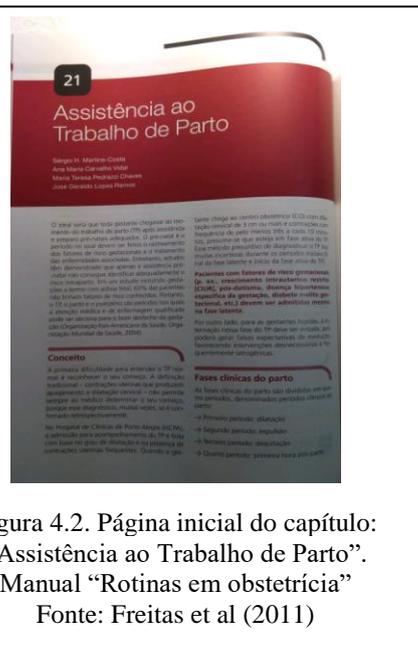


Figura 4.2. Página inicial do capítulo: “Assistência ao Trabalho de Parto”. Manual “Rotinas em obstetrícia”
Fonte: Freitas et al (2011)

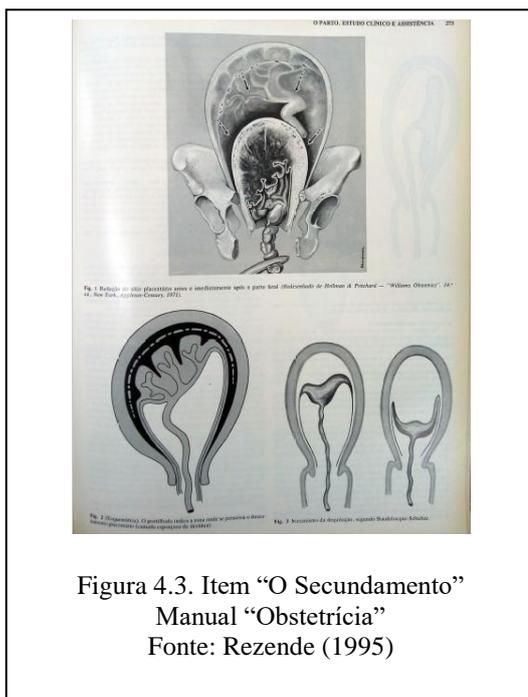


Figura 4.3. Item “O Secundamento” Manual “Obstetrícia”
Fonte: Rezende (1995)



Figura 4.4. Item “O Secundamento” Manual “Obstetrícia”
Fonte: Montenegro e Rezende Filho (2010)

Entre os modelos de capas encontradas, alguns eram de fundo liso apresentando o nome do manual, o nome do autor e, por vezes, a editora, enquanto outros optaram por um formato com uso de figuras. Na sequência, apresentamos algumas dessas capas para uma maior aproximação visual com os mesmos.

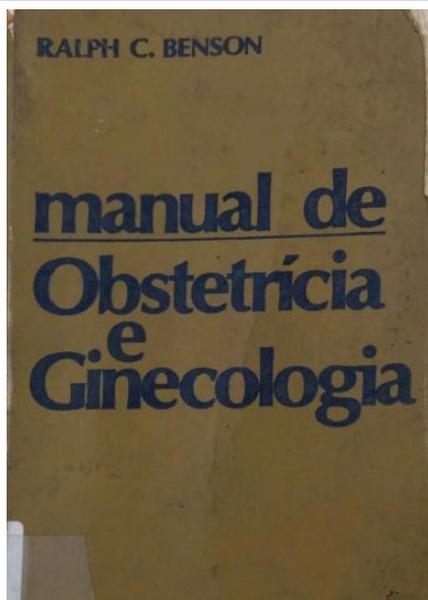


Figura 4.5. “Manual de obstetrícia e ginecologia”
Ralph C. Benson - 7ª ed.
Fonte: Benson (1981)

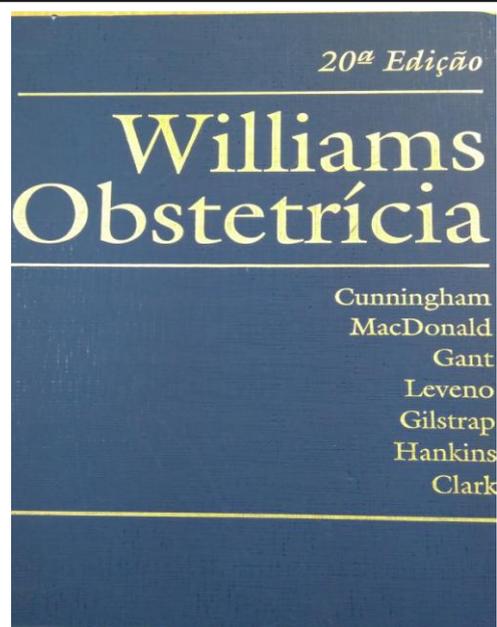


Figura 4.6. “Williams Obstetrícia”
F. Gary Cunningham et al - 20ª ed
Fonte: Cunningham et al (2000)

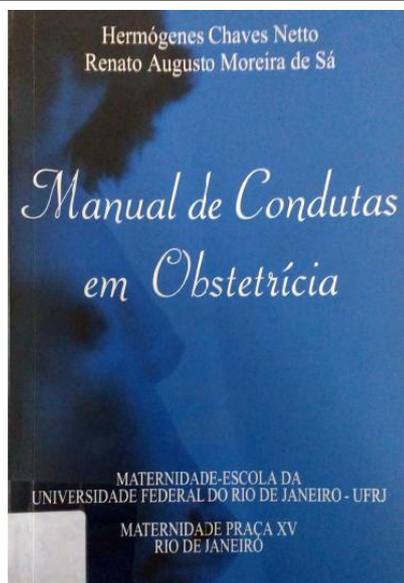


Figura 4.7. “Manual de Condutas em Obstetrícia”
Hermógenes Chaves Netto e Sá - 1ª ed.
Fonte: Chaves Netto (1998)

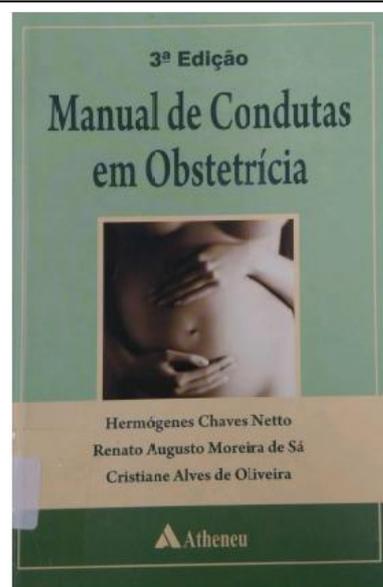


Figura 4.8. “Manual de Condutas em Obstetrícia”
Hermógenes Chaves Netto et al - 3ª ed.
Fonte: Chaves Netto et al (2011).

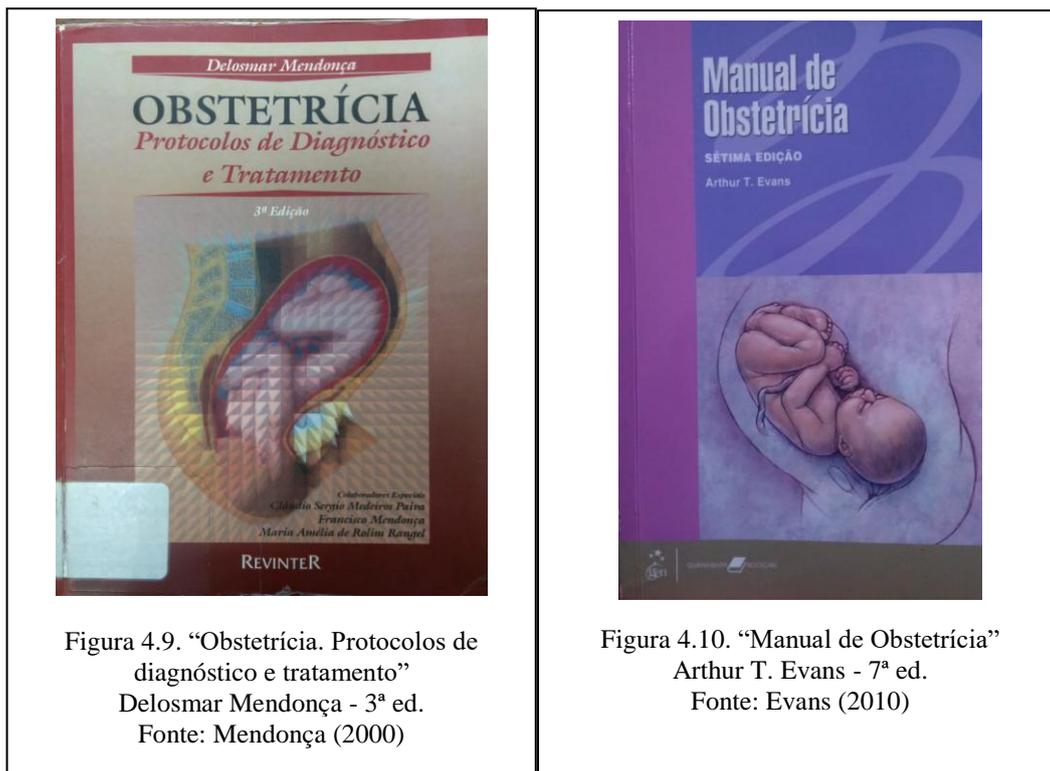


Figura 4.9. “Obstetrícia. Protocolos de diagnóstico e tratamento”
Delosmar Mendonça - 3ª ed.
Fonte: Mendonça (2000)

Figura 4.10. “Manual de Obstetrícia”
Arthur T. Evans - 7ª ed.
Fonte: Evans (2010)

Não foi encontrada uma predominância de algum tipo de foto ou desenho quando observado o conjunto de manuais.

4.2 - Sobre as temáticas

Os manuais tratam de uma grande variedade de temáticas e, dos trinta e oito títulos analisados, quatorze deles mantiveram suas análises no campo dos cuidados médicos: anatomia, fisiologia, pré-natal, feto, parto, puerpério, cuidado neonatal, complicações e patologias diversas, entre outras. Nos outros vinte e quatro títulos, encontramos discussões, em capítulos específicos, em torno de outras esferas referentes aos cuidados:

1. A esfera de maior frequência foi aquela que trata de aspectos legais e/ou éticos, encontrada em treze títulos^{xx};
2. Conceito e história da obstetrícia^{xxi} em seis títulos^{xxii};
3. Aspectos psicológicos da gravidez e do puerpério, aspectos psicológicos da relação médico paciente, preparação psicossomática para o parto, psicose puerperal foram encontrados em quatro títulos^{xxiii};
4. Violência, agressão ou abuso sexual e violência doméstica, em seis títulos^{xxiv};
5. Humanização da assistência ao parto, em três títulos^{xxv};
6. Mortalidade materna e mortalidade perinatal encontrada em três títulos^{xxvi};
7. Parto domiciliar em dois títulos^{xxvii};
8. Organização da assistência médica no Brasil e/ou Sistema Único de Saúde – SUS, em dois títulos^{xxviii};
9. Homeopatia, acupuntura, medicina ortomolecular encontrada em dois títulos^{xxix};

^{xx} Referências: (BENSON, 1980; CABRAL, 2002; CHAVES NETTO; SÁ, 2007; DECHERNEY; NATHAN, 2004; FREITAS et al., 1997; 2001; 2006; 2011; GABBE; NIEBYL; SIMPSON, 1999; GRANDO, 2006; MARIANI NETTO; TADINI, 2002; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008; 2010; 2011; MORON; CAMANO; KULAY JUNIOR, 2011; NEME, 1994; 2000; 2005; REZENDE, 1982; 1987; 1991; 1995; 1998; 2002; 2005; REZENDE; MONTENEGRO, 1984; 1987; 1992; 1995; 1999; 2003; 2006; ZUGAIB; BITTAR, 2008)

^{xxi} Em dois títulos encontramos no prólogo e na apresentação do manual algumas considerações sobre o objetivo da obstetrícia (CAMANO, 2002; CAMANO et al., 2003)

^{xxii} Referências: (CUNNINGHAM et al., 2000; DELASCIO; GUARIENTO, 1987; GUARIENTO, 2011; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; MORON; CAMANO; KULAY JUNIOR, 2011; NEME, 1994; 2000; 2005; PRITCHARD; MACDONALD, 1983; REZENDE, 1987; 1991; 1995; 1998; 2002; 2005; 1982; ZUGAIB; BITTAR, 2008)

^{xxiii} Referências: (BENZECRY, 2001; DECHERNEY; NATHAN, 2004; MARIANI NETTO; TADINI, 2002; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; REZENDE, 1982; 1987; 1991; 2002; 2005)

^{xxiv} Referências: (BANKOWSKI et al., 2006; CAMANO et al., 2003; DECHERNEY; NATHAN, 2004; HACKER; MOORE, 1994; MADI et al., 2007; NEME, 2005)

^{xxv} Referências: (GUARIENTO, 2011; MARIANI NETTO; TADINI, 2002; MORON; CAMANO; KULAY JUNIOR, 2011)

^{xxvi} Referências: (CHAVES NETTO; SÁ, 2007; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008; 2010; 2011; REZENDE; MONTENEGRO, 1984; 1995; 1999; 2003; 2006)

^{xxvii} Referências: (BENSON, 1981; NEME, 1994; 2000; 2005)

^{xxviii} Referências: (BENZECRY, 2001; MARIANI NETTO; TADINI, 2002)

10. Enfermagem obstétrica em um título^{xxx};

11. Coordenador hospitalar como professor, aluno e chefe da equipe de saúde, em um título^{xxxI};

12. Gestação nos Estados Unidos, em um título^{xxxII}.

Observando esse quadro geral das temáticas que orbitam as questões clínicas da assistência, é possível perceber que, sobretudo nos manuais mais recentes, ocorre uma incorporação de temas que têm sido alvo de discussões não só nas esferas médicas, mas também na esfera política e judicial, e por movimentos sociais, com destaque para os movimentos feministas. Dentre essas temáticas, destacam-se aquelas que se referem aos aspectos éticos e legais, a violência, a humanização da assistência e a enfermagem obstétrica.

Em relação a essas duas últimas temáticas, a humanização da assistência e a enfermagem obstétrica, destacamos que, se por um lado essa incorporação pode ser considerada como um dado positivo, na medida que nos indica que as discussões que estão sendo travadas fora da área médica estão sendo ouvidas, mesmo que de forma tênue, e começam a ganhar visibilidade como capítulos das obras; por outro lado, o que percebemos quando fomos analisar o capítulo da assistência em si, foi que a apresentação dessas temáticas fora do capítulo de assistência acabam por contribuir para um entendimento de que elas são temáticas à parte.

Sendo mais específico em relação a essa afirmação, poderíamos citar dois exemplos, um deles, relacionado a enfermagem obstétrica, que se refere ao fato de que se a enfermeira obstétrica não compõe e/ou sequer é mencionada no momento em que o

^{xxix} Referências: (BENZECRY, 2001; CHAVES NETTO, 2004; CHAVES NETTO; SÁ, 2007)

^{xxx} Referências: (FREITAS et al., 2001; 2006; 2011)

^{xxxI} Referência: (ELLIS; BECKMANN, 1986)

^{xxxII} Referência: (LEVENO et al., 2005)

manual trata da assistência ao parto, isso prejudica o entendimento do leitor (com destaque para o médico em formação) de que ela é um agente que atua e integra aquela cena, e que tem um lugar importante na prestação do cuidado. Outro exemplo, agora relacionado à temática da humanização da assistência, diz respeito à importância e ao direito da presença de um acompanhante durante todo o tempo em que a mulher recebe os cuidados. Sobre esse aspecto, igualmente, apontamos que, se no capítulo da assistência não é feita a referência à presença do acompanhante compondo a cena do parto, como um agente ativo, essa opção de tratar a presença de acompanhante em capítulo separado não contribui de forma efetiva para a formação de uma mentalidade que compreenda que o acompanhante tem ali um lugar garantido e de direito, e que ele não deve ser visto como um apêndice, cuja presença pode ser autorizada ou não.

4.3 - Sobre o mercado editorial

Para que a produção e a circulação dos manuais ocorram, um aspecto que merece ser considerado diz respeito às oportunidades que os autores encontram de fazer publicar e circular os conhecimentos. Nesse sentido, aspectos relativos ao mercado editorial tornam-se de fundamental importância.

No primeiro contato com as questões relacionadas ao mercado editorial voltado para publicação de manuais de obstetrícia, encontramos uma variedade de dezessete editoras, sendo que dez delas publicaram um único título de manual. Na contrapartida, duas delas se sobressaíram em relação à quantidade de títulos publicados: a Atheneu, com oito títulos e a Guanabara Koogan, com sete títulos. A respeito das demais editoras, em ordem decrescente em relação a essa quantidade de títulos publicados, encontramos

a Artmed, a Revinter e a Manole, com três cada uma; a Medsi e a Sarvier, com dois cada uma (Figura 4.11).

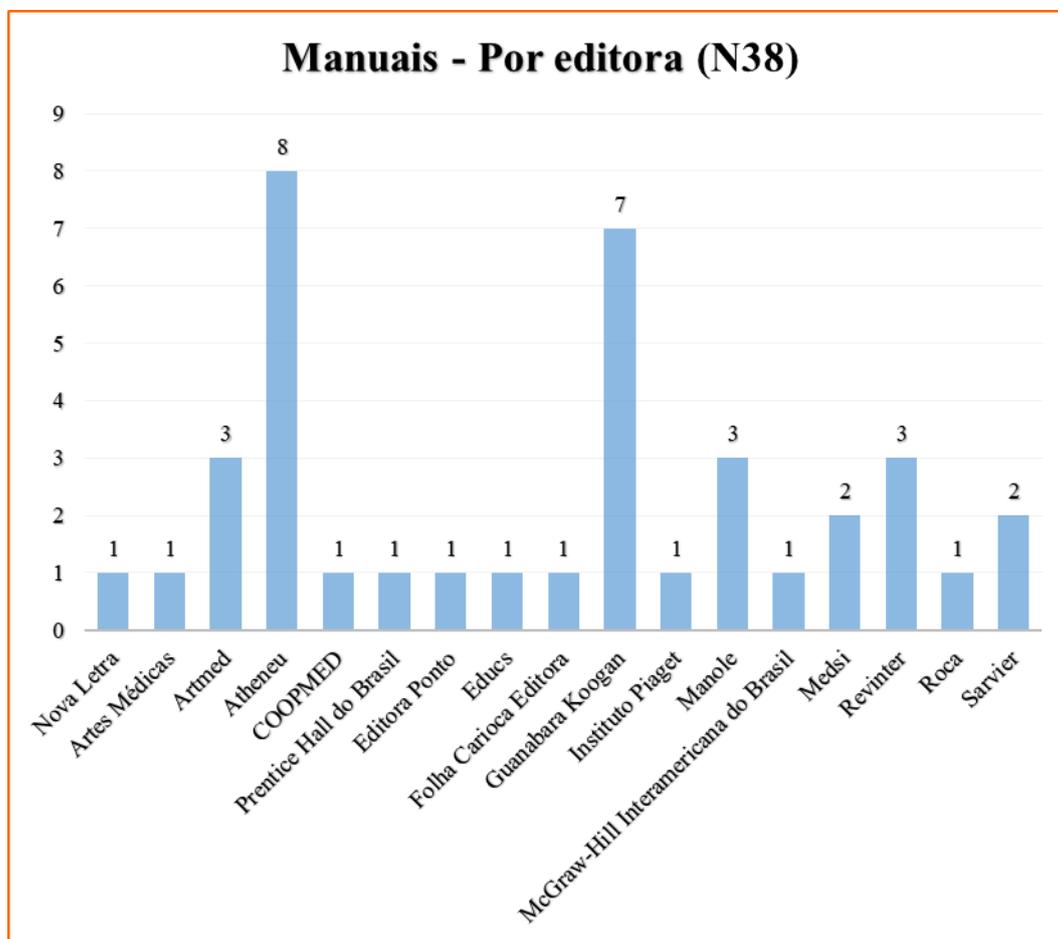


Figura 4.11 – Gráfico demonstrativo da quantidade de títulos de manuais publicados por editora.
Fonte: Elaboração própria

A busca de uma maior aproximação com a dinâmica que envolve esse mercado editorial nos permitiu compreender que essa relação entre editoras e quantidade de títulos publicados é muitas vezes permeada por questões que envolvem possibilidades de ganhos e investimentos no processo de definição do que e onde será publicada uma determinada obra. Situação que confirma as análises de Choppin (2001), quando afirma que a fabricação, distribuição e consumo de manuais estariam diretamente relacionados

com o contexto econômico, orçamentário, político e regulatório ao qual um manual está vinculado.

Nossas análises apontaram que as duas editoras com maior número de títulos publicados, a Atheneu e a Guanabara Koogan, durante sua trajetória institucional, passaram a integrar grupos empresariais que lhes conferiram melhores condições de investimentos. A Atheneu se constituiu como Grupo Atheneu, a partir da junção da Atheneu Editora São Paulo, a Atheneu Cultura e a Atheneu Hispânica, dedicado a publicações da Área da Saúde, especialmente na área da Medicina, Enfermagem e Saúde (ATHENEU, 2020). A Guanabara Koogan passou a integrar o Grupo Editorial Nacional – GEN, uma *holding* criada em 2007 e controlada pelas famílias fundadoras das editoras Guanabara Koogan e Livros Técnicos e Científicos Editora Ltda. – LTC; juntas, as duas famílias detêm 70% do capital do GEN, que reúne as editoras Santos, Roca, AC Farmacêutica, Forense, Método, Atlas e Forense Universitária. No caso dessas duas editoras, mesmo depois da integração elas mantiveram o seu selo de origem (Figura 4.12). Procedimento geralmente adotado nos casos de selos que possuem uma forte credibilidade no mercado, onde a manutenção do nome do selo original é uma forma de manutenção do vínculo com seus antigos consumidores (GEN, 2018; PIRES, 2017).

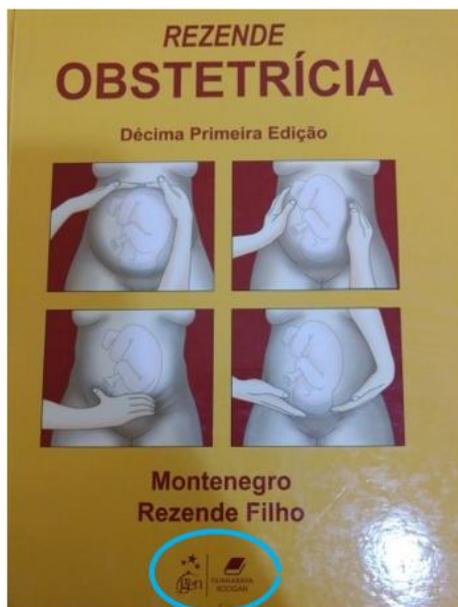


Figura 4.12 – Apresentação gráfica da fusão dos selos em Obstetrícia (Montenegro e Rezende Filho, 2010).

Fonte: Montenegro e Rezende Filho, 2010

Outro processo a ser destacado é o que envolve as editoras McGraw Hill, Artmed e Artes Médicas. Em 2010, a editora Artmed amplia um movimento de busca de investimentos e parcerias para aprimoramento de gestão e governança corporativa que culminou com a entrada do BNDES Participações S.A. - BNDESPAR e da Companhia de Participações - CRP no quadro societário, vindo a se constituir como Grupo A. O Grupo A passa a contar com cerca de 2.400 títulos ativos, nos selos McGraw Hill, Bookman, Artmed, Penso e Artes Médicas. Esse movimento praticamente não interfere nos resultados encontrados nos manuais que estamos analisando, já que ele ocorre no ano de 2010 e nosso recorte cronológico fecha em 2011, mas julgamos importante mencioná-lo no sentido de indicar que esses são processos dinâmicos e que estão sujeitos a mudanças frequentes (FLORENCE, 2018a; GRUPO “A”, 2018; HOPER, 2020; KOIKE, 2011).

Esse movimento de junção e aglutinação de empresas também pode ser percebido em relação a editoras cuja fundação e matriz são localizadas em outros países.

Esse foi o caso da editora norte americana Prentice e Hall criada 1913 e que, na década de 1950, monta a sua primeira divisão de livros educacionais. A partir de então, a editora passa a publicar uma série de programas educacionais, livros acadêmicos, comerciais e profissionais que a levaram a uma posição de destaque no mercado editorial (PEARSON EDUCATION, 2020). Em 1984, a Prentice Hall e a Gulf & Western (que já havia adquirido uma outra grande editora, a Simon & Schuster) anunciaram um acordo de fusão que elevou a nova empresa ao patamar de maior editora de livros dos EUA, superando a McGraw-Hill Inc., que até então era a editora líder do mercado (COLE, 1984; TUCKER; SCHRAGE, 1985).

Alguns anos depois, a Gulf & Western é substituída pela empresa Viacom na função de empresa controladora da Simon & Schuster. Em 1991, a Simon & Schuster, que era subsidiária da Paramount Communications Inc., adotou medidas de controle de custos, sob a alegação de uma queda de crescimento do mercado. Nesse processo, a empresa realizou ajustes das áreas a serem publicadas em cada selo, ficando determinado que, doravante, a Prentice Hall se dedicaria a publicações do campo educacional, com as marcas Prentice Hall School e Prentice Hall College. Em 1998, a Viacom vende todas as operações educacionais da Simon & Schuster para a Pearson PLC (COHEN, 1991). Com a junção da Pearson com a Prentice Hall, formou-se a Pearson Prentice Hall como uma divisão da Pearson Education, líder global em publicações educacionais integradas, também composta por outras marcas de renome do setor como a Pearson Longman, Pearson Scott Foresman, Pearson Addison Wesley, Pearson NCS e muitas outras (PEARSON, 2020; PEARSON EDUCATION, 2020).

Ao mesmo tempo em que observamos a formação de grandes grupos empresariais que buscam controlar o mercado editorial, também encontramos a atuação de editoras de menor porte, por vezes vinculadas a instituições de ensino e pesquisa e

que, em grande parte, abrem espaço para a publicação de autores que também estão ligados a essas instituições. Nessa categoria encontramos a Cooperativa de Consumo, Editora e de Cultura Médica – COOPMED, que, historicamente, está ligada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, e que continua a produzir livros a partir do princípio de cooperativismo, na contramão do que se observa no mercado editorial que tem passado por um forte movimento de incorporação de editoras mineiras, por grandes empresas do mercado nacional (COOPMED, 2018).

De forma semelhante encontramos a Editora da Universidade de Caxias do Sul – EDUCS, que foi criada no ano de 1976 e apresenta como objetivo promover a divulgação de obras didático-pedagógicas, científicas, técnicas e culturais. Ela publica obras dos próprios professores da Universidade de Caxias do Sul - UCS, decorrentes de atividades de ensino, pesquisa e extensão, contribuindo para a qualificação dos cursos e do próprio corpo docente (EDUCS, 2018).

Para uma compreensão mais detalhada de como esses processos se constituíram historicamente, apresentamos um quadro no apêndice “D” com os dados de todas as editoras que publicaram os manuais que estamos analisando.

Ao observarmos a trajetória vivida por essas editoras, é possível perceber uma intensificação do processo em que antigas editoras acabam por aglutinarem-se formando empresas maiores, por vezes grandes conglomerados, cujas atividades vão muito além da publicação de livros impressos. Esses conglomerados passam a fazer investimentos e a firmar contratos de parcerias com empresas de outros ramos que, por sua vez, provocam uma expansão do seu campo de atuação, de atração e de fidelização de consumidores de diferentes perfis.

Vimos que, nesse processo de aglutinação, se constrói uma identidade de grupo na tentativa de passar a ideia de formação de um todo e não de um somatório de

empresas. Por vezes, os antigos proprietários e administradores da empresa, antes independentes, são mantidos em suas funções, mas em posição de submissão à empresa *holding*. Essa *holding* deterá a posse majoritária das ações e, como tal, passa a gerenciar e controlar a administração, a política e os investimentos que serão realizados.

Contudo, como nos adverte Leonardo Neto (2019), se esses movimentos de concentração do mercado editorial são “irrefreáveis” e podem comprometer a “bibliodiversidade” (conceito nascido nos países latino-americanos, especialmente Chile e Argentina), por outro lado, eles têm contribuído para manutenção das atividades de editoras afetadas pelas situações de crise (NETO, 2019).

Cumpram também destacar que, como visto pela descrição das editoras, o perfil dessas empresas que compõe o cenário de publicação de manuais ainda é diverso, permitindo a publicação de manuais com diferentes formatos e linguagens. Desta maneira, essa diversidade de perfis acaba por transformar os manuais em uma fonte de pesquisa igualmente diversificada.

4.4 - Sobre as edições

Alguns manuais apresentam um grande número de edições e são obras assinadas por autores que possuem prestígio e reconhecimento na área da obstetrícia. Desta forma, essas reedições tanto podem ser entendidas como uma expressão do reconhecimento da qualidade do conteúdo junto a seus leitores e/ou representarem uma preferência dos professores, no momento de indicação de material impresso para estudo. Essas reedições permitem que a obra seja oferecida ao longo de vários anos, atravessando diferentes gerações.

A análise dessas reedições nos mostrou uma busca de renovação geracional expressa pelas adaptações e atualizações de conteúdo, de linguagem, assim como pela melhoria da qualidade de impressão, das representações visuais utilizadas e da diagramação.

Foi possível observar, ainda, que alguns desses manuais, mesmo após a morte de seu primeiro autor, continuaram sendo publicados com o mesmo título, apenas incorporando o nome deste primeiro autor ao título da obra, indicando uma intenção de perpetuação do seu prestígio. Esses foram os casos de: “Obstetrícia de Willians”; “Obstetrícia Normal Briquet”, “Rezende, Obstetrícia” e “Rezende, Obstetrícia Fundamental”.

4.5 - Sobre a autoria e o tráfego de conhecimentos

A fim de identificarmos a existência ou não do tráfego de conhecimentos entre os diferentes coletivos de pensamento, buscamos identificar, a partir das informações trazidas pelos próprios manuais, a base de formação do primeiro autor / editor / coordenador e, por vezes, o vínculo institucional apresentado pelo manual, desvelando as possíveis conexões existentes entre eles.

Optamos por nos concentrar em informações sobre o primeiro autor por entendermos que, dentro da produção acadêmica, o primeiro autor é o agente responsável pela obra, e tendo em vista o grande número de autores envolvidos na produção desses manuais, essa seria uma forma de tornar o nosso trabalho mais eficaz. O “Rotinas em Obstetrícia” (FREITAS et al., 2011), por exemplo, é um manual que conta com quatro autores assinando a obra e oitenta e seis autores colaboradores que assinam os seus diferentes capítulos. Contudo, quando se tornou necessário, buscamos e utilizamos informações sobre algum coautor ou colaborador.

Analisando os aspectos relacionados a essas autorias, verificamos que em quatorze deles o(s) autor(es) assina(m) todos os capítulos. Dentre os vinte e quatro restantes, onde cada capítulo tem uma autoria própria, identificamos que, em dez deles, o autor ou um dos coautores do manual também era o autor do capítulo de assistência ao parto.

Desta forma, encontramos um número de vinte e quatro manuais onde o autor / editor / coordenador são os autores do capítulo de assistência ao parto, demonstrando que na maioria dos manuais o(s) seu(s) autor(es) / editor(es) / coordenador(es) inclui a assistência ao parto como sua área de estudo (Figura 4.13). O que também significaria dizer que, se por um lado o conteúdo do capítulo de assistência ao parto está diretamente relacionado com o estilo de pensamento do autor do manual, por outro lado também não podemos deixar de considerar que, naqueles casos de manuais de autoria coletiva, os conteúdos e valores que ali são transmitidos são frutos de negociação e produção de consensos (Choppin, 2001).

Nº	Título	Autor / Editor / Organizador do manual	O autor do Manual assina todos os capítulos?	Autor do Capítulo de Assistência ao parto
1	Assistência ao parto e tocurgia: manual de orientação da Febrasgo	Camano, Luiz; Souza, Eduardo de	Não	Silva, João Luiz Carvalho P. - Assistência à Dequitação Santos, Jorge Francisco Kuhn dos - Obstetrícia Baseada em evidências científicas na Assistência ao parto vaginal
2	Compêndio de obstetrícia e ginecologia	Norwitz, Errol R.; Schorge, John O	Sim	(-----)
3	Condutas em Clínica Obstétrica	Madi, José Mauro; Rombaldi, Renato Luis; Tessari, Dilma Maria; Lorenzi, Dino Soares De	Não	Madi, José Mauro; Rombaldi, Renato Luis - Rotinas na Admissão de Gestantes em trabalho de parto Morais, Edson Nunes de - Assistência no período de dilatação Lima, Luiz Gustavo Pereira; Grossi, Fernanda - Assistência ao período expulsivo
4	Condutas em obstetrícia	Viggiano, Mauricio Guilherme Campos	Não	Viggiano, Mauricio Guilherme Campos
5	Diagnóstico e tratamento em obstetrícia e ginecologia	Benson, Ralph Criswell	Não	Russel, Keith P.
6	Fundamentos de ginecologia e obstetrícia	Hacker, Neville F.; Moore, J. George.	Não	Ross, Michael G.; Hobel, Calvin J.
7	Guias de Obstetrícia	Camano, Luiz; Souza, Eduardo de; Sass, Nelson; Mattar, Rosiane	Não	Mattar, Rosiane, Souza, Eduardo de; Camano, Luiz
8	Manual de condutas em obstetrícia	1998 (1ed) - Chaves Netto, Hermógenes; Sá, Renato Augusto Moreira de 2011 (3ed) - Chaves Netto, Hermógenes; Sá, Renato Augusto Moreira de; Oliveira, Cristiane Alves de	Sim	(-----)

9	Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins	Bankowski, Brandon J.; Hearne, Amy E.; Lambrou, Nicholas C.; Fox, Harold E.; Wallach, Edward E.	Não	Hearne, Amy E.; Driggers, Rita
10	Manual de obstetrícia	Ellis, Jeffrey W.; Beckmann, Charles R. B.	Não	Jeffrey W Ellis
11	Manual de obstetrícia	Evans, Arthur T.	Não	Wolcott, Hugh Dixon; Bailey, Kathleen J.
12	Manual de obstetrícia de Williams	Leveno, Kenneth J.; Cunningham, F. Gary; Gant, Norman F.; Alexander, James M.; Bloom, Steven L.; Casey, Brian M.; Dashe, Jodi S.; Sheffield, Jeanne S.; Yost, Nicole P.	Sim	(-----)
13	Manual de obstetrícia e ginecologia	Benson, Ralph Criswell	Sim	(-----)
14	Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento	1984 (2ed) - Niswander, Kenneth R 1994 (4ed) - Niswander, Kenneth R; Evans, Arthur T	Não	1984 (2ed) - Nishida, Gary 1994 (4ed) - Conry, Jeanne Ann
15	Manual de terapêutica: Ginecologia e obstetrícia	Grando, Leisa Beatriz	Não	Santos, Marcos Leite dos
16	Noções práticas de obstetrícia	1988 (10ed); 1994 (11ed); 1999 (12ed) - Corrêa, Mário Dias 2011 (14 ed) - Corrêa, Mário Dias; Melo, Victor Hugo de; Aguiar, Regina Amélia Lopes Pessoa de; Corrêa Júnior, Mário Dias	Não	1988 (10ed); 1994 (11ed); 1999 (12ed) - Corrêa, Mário Dias 2011 (14ed) - Corrêa, Mário Dias; Corrêa Júnior, Mário Dias
17	Obstetrícia	Cabral, Antônio Carlos Vieira	Sim	(-----)
18	Obstetrícia	Moron, Antonio Fernandes; Camano, Luiz; Kulay Júnior, Luiz.	Não	Antônio Guariento
19	Obstetrícia	1987 (5ed); 1991 (6ed); 1998 (8ed); 1995 (7ed); 1998 (8ed); 2002 (9ed); 2005 (10ed) - Rezende, Jorge de 2010 (11 ed) - Montenegro, Carlos Antonio Barbosa; Rezende Filho, Jorge de	Não	1987 (5ed); 1991 (6ed); 1998 (8ed); 1995 (7ed); 1998 (8ed); 2002 (9ed); 2005 (10ed) - Rezende, Jorge de 2010 (11ed) - Montenegro, Carlos Antonio Barbosa; Braga, Antonio; Rezende Filho, Jorge de

20	Obstetrícia	Barros, Dirceu Neves de; Lins, Fernando Estelita; Galhardo, José	Sim	(-----)
21	Obstetrícia	Falcone, Iremar	Sim	(-----)
22	Obstetrícia & Ginecologia - Manual para o residente	Mariani Neto, Corintio; Tadini, Valdir	Não	Santos, Jorge Francisco Kuhn dos
23	Obstetrícia básica	Neme, Bussâmara	Não	Neme, Bussâmara
24	Obstetrícia básica	2004 (1ed) - Chaves Netto, Hermógenes 2007 (2ed) - Chaves Netto, Hermógenes; Sá, Renato Augusto Moreira de	Não	2004 (1ed); 2007(2ed) - Bomia, Rita Guérios; Franco, Mario Julio
25	Obstetrícia diagnóstico e tratamento	Santos, Luiz Carlos	Sim	(-----)
26	Obstetrícia e ginecologia: diagnóstico e tratamento	DeCherney, Alan H; Nathan, Lauren	Não	Archie, Caro L.; Biswas, Manoj K.
27	Obstetrícia Fundamental	Rezende, Jorge de; Montenegro, Carlos Antonio Barbosa 2008 (11ed) - Montenegro, Carlos Antonio Barbosa; Rezende Filho, Jorge de	Sim	(-----)
28	Obstetrícia normal Briquet	1987 (3ed) - Delascio, Domingos; Guariento, Antonio	Sim	(-----)
		2011 (8ed) - Guariento, Antonio	Não	Guariento, Antonio; Cardoso, Monica Maria Siaulyš Capel
29	Obstetrícia normal e patológica.	Barbosa, Luiz Aguirre Horta	Sim	(-----)
30	Obstetrícia prática	Barbosa, Luiz Aguirre Horta	Sim	(-----)
31	Obstetrícia protocolos de diagnóstico e tratamento	Mendonça, Delosmar	Não	Fonseca, Eduardo Sérgio Borges da; Dantas, Paulo Roberto
32	Obstetrícia gestações normais & patológicas	Gabbe, Steven G.; Niebyl, Jennifer R.; Simpson, Joe Leigh	Não	O'Brien, William F; Cefalo, Robert C
33	Obstetrícia: texto básico para estudantes de medicina	Grelle, Francisco C.; Amaral, Luiz Beethoven Dantas do	Sim	(-----)

34	Protocolos assistenciais, Clínica Obstétrica, FMUSP	Zugaib, Marcelo; Bittar, Roberto Eduardo	Não	1997 (1ed) - Não tratou de assistência ao parto normal cefálico, no parto pélvico - Frehse, Gerd 2003 (2ed); 2008 (3ed); 2011 (4ed) - Kondo, Mario Makoto
35	Rotinas em obstetrícia	1993 (2ed) - Freitas, Fernando; Martins-Costa, Sérgio H.; Ramos, José Geraldo Lopes; Passos, Eduardo Pandolfi 1997 (3ed); 2001 (4ed); 2006 (5ed); 2011 (6ed) - Freitas, Fernando; Martins-Costa, Sérgio H.; Ramos, José Geraldo Lopes; Magalhães, José Antônio.	Não	1993 (2ed) - Sklovsky, Edson; Martins-Costa, Sérgio; Osório, Maria Celeste Neto; Valiati, Beatriz. 1997 (3ed) - Martins-Costa, Sérgio H; Vidal, Ana Maria Carvalho; Chaves, Maria Tereza Pedrazzi 2001 (4ed); 2006 (5ed); 2011 (6ed) - Martins-Costa, Sérgio H; Vidal, Ana Maria Carvalho; Chaves, Maria Tereza Pedrazzi; Ramos, José Geraldo Lopes
36	Tratado de obstetrícia, FEBRASGO	Benzecry, Roberto	Não	Julio, Hamilton
37	Williams obstetrícia	1983 (16ed) - Pritchard, Jack A.; Macdonald, Paul C. 2000 (20ed) - Cunningham, F. Gary; MacDonald, Paul C.; Gant, Norman F.; Leveno, Kenneth J.; Gilstrap, Larry C.; Hankins, Gary D.; Clark, Steven L.	Sim	(-----)
38	Zugaib Obstetrícia	Zugaib, Marcelo	Não	Francisco, Rossana Pulcineli Vieira; Fonseca, Eduardo Sérgio Valério Borges da; Sapienza, Andréia David

Figura 4.13 – Quadro demonstrativo da autoria dos manuais e do capítulo de assistência ao parto

Legenda: As linhas assinaladas pela cor azul indicam que o capítulo de assistência ao parto é de autoria do autor / editor / coordenador do manual

Fonte: Elaboração própria.

Na continuidade das nossas análises, e partindo das informações de autoria apresentadas na Figura 4.13, fomos buscar nos dados contidos na folha de rosto (onde os autores se auto apresentam), no prefácio e na apresentação da obra, os vínculos institucionais desses autores dos manuais e, por vezes, os de seus colaboradores, a fim de tornar inteligível as conexões entre os agentes – autores e instituições - que estão envolvidos na publicação.

No processo de sistematização e cruzamento das informações, foi possível identificar a existência de um tráfego intercoletivo de conhecimentos cujos agentes seriam os autores que circulam entre diferentes coletivos de pensamento. Essa qualificação como “diferente” tomou por base as diferentes instituições as quais esses autores se apresentam vinculados.

Identificamos também a configuração de um tráfego intracoletivo, considerando que alguns autores fazem menção a relações estabelecidas com outros autores da mesma instituição, ou ainda, através do movimento em que um autor publica capítulos ou entra como coautor no manual de outro autor, e vice-versa.

Analisando a configuração das relações que emergiram a partir dessas associações e do movimento do tráfego de conhecimentos, verificamos a existência de alguns núcleos constituídos por um conjunto de autores e instituições que se dedicam à construção e publicação de manuais. Alguns deles apresentam uma produção de manuais mais numerosa e com indicações de disseminação de conhecimento para além de seus núcleos de produção.

Esses núcleos apresentam um traço de distinção geográfica, conforme elencamos a seguir. Os núcleos de 1 a 8 se referem àqueles cuja publicação original do manual ocorre dentro do Brasil e o núcleo 9 que corresponde aos manuais que originalmente foram publicados nos Estados Unidos da América – EUA.

- Núcleo 1 - estado de São Paulo – cidades de Campinas, Mogi das Cruzes, São Paulo e Sorocaba.
- Núcleo 2 - estado de Minas Gerais – cidade de Belo Horizonte.
- Núcleo 3 - estado do Rio de Janeiro – cidades de Niterói, Rio de Janeiro e Vassouras.
- Núcleo 4 - estado da Paraíba – cidade de João Pessoa.
- Núcleo 5 - estado do Rio Grande do Sul – cidades de Caxias de Sul e Porto Alegre
- Núcleo 6 - estado de Goiás – cidade de Goiana
- Núcleo 7 - estado de Pernambuco – cidade de Recife
- Núcleo 8 - estado de Santa Catarina – cidade de Florianópolis
- Núcleo 9 - Estados Unidos da América - EUA

Concentrando nossas análises nos núcleos de publicação brasileiros, percebemos que alguns deles apresentam um tráfego intracoletivo mais intenso quando comparados entre si, em que se destacam o Núcleo 1 (SP) e o Núcleo 3 (RJ), que tanto movimentam um maior número de agentes (indivíduos e instituições), quanto apresentam um maior volume de tráfego. Estes núcleos também foram os mais referenciados por autores de outros núcleos de publicação.

Ao observarmos individualmente o tráfego intracoletivo, percebemos que alguns agentes (indivíduos e instituições) se destacam quanto à intensidade de conexões que estabelecem. Identificamos ainda que em relação aos agentes institucionais há um predomínio das universidades públicas federais (Figura 4.14).

Discriminação	Agente individual	Agente institucional
Núcleo 1 (SP)	Guariento, Mariane Netto, Neme	Unifesp e USP
Núcleo 2 (MG)	Corrêa	UFMG
Núcleo 3 (RJ)	Rezende, Rezende Filho	UFRJ
Núcleo 4 (PB)	Mendonça D	UFPB
Núcleo 5 (RS)	Freitas, Martins-Costa, Ramos	UFRGS
Núcleo 6 (GO)	Viggiano*	Não houve predominância
Núcleo 7 (PE)	Falcone e Santos LC	Não houve predominância
Núcleo 8 (SC)	Grando*	Não houve predominância

*Único autor (a) do grupo

Figura 4.14 – Quadro dos agentes que se destacam quanto a intensidade de tráfego

Fonte: Elaboração própria

Legenda:

- UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
- UFPB - Universidade Federal da Paraíba
- UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
- UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo
- USP - Universidade de São Paulo

Em relação ao tráfego intercoletivo, também encontramos algumas diferenças em relação à intensidade de tráfego entre esses coletivos de pensamento. Ainda nos atendo às conexões entre os autores dos diferentes grupos brasileiros, verificamos que o Núcleo 3 (RJ) apresentou conexão com todos as demais Núcleos, com exceção do Núcleo 8 (SC).

O Núcleo 1 (SP) e o Núcleo 2 (MG) também apresentaram um fluxo significativo, onde cada um deles estabeleceu conexão com 3 outros Núcleos. Sobre o Núcleo 1 (SP) encontramos conexões com o Núcleo 2 (MG), Núcleo 3 (RJ) e Núcleo 4 (PB); e sobre o Núcleo 2 (MG) as conexões foram com o Núcleo 1 (SP), Núcleo 3 (RJ) e Núcleo 6 (GO).

No tocante ao tráfego intercoletivo, tomando como referência as instituições com as quais os autores brasileiros apresentaram vínculo fora do Núcleo do qual faziam parte, encontramos a Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP e a Universidade de São Paulo – USP como as instituições mais citadas, cada uma com 3 declarações de vínculo, seguida da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, com 2 declarações, e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Universidade Estadual Paulista – UNESP, Universidade Gama Filho, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC/RJ, Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco – FCM/UPE, Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, cada uma com 1 declaração de vínculo. Em relação a vínculos com instituições estrangeiras, as mais citadas pelos autores brasileiros foram a *University of Califórnia* e a *University of Texas*.

Esse processo de busca e associações também nos chamou atenção em relação a dois aspectos: um em relação aos Núcleos com publicação original no Brasil em que não foram encontradas referências de tráfego com o estado da Bahia. A ausência nos chamou atenção uma vez que Guariento (2011), quando trata da evolução da obstetrícia, cita três grupos importantes quando se estuda a história da obstetrícia brasileira, que eram os grupos do Rio de Janeiro, da Bahia e de São Paulo, e não foram encontradas referências a vínculos ou contato com autores do estado da Bahia. Outro aspecto foi o de observar como, em relação aos vínculos com núcleos de produção estrangeiros, só foi encontrada menção a vínculos mais consistentes com instituições dos Estados Unidos. A ausência de manuais de obstetrícia de outros países, como aqueles do continente europeu, nos sinaliza que a opção de desenho de cuidado adotado pelas escolas de formação médica-obstétrica brasileira se aproxima do desenho estadunidense,

e nos indica a pouca diversidade de vínculos estabelecidos com outras nações, o que poderia trazer um enriquecimento no processo de formação e consulta médica.

A identificação da existência de núcleos de publicação de manuais e de agentes (indivíduos e instituições) que atuam com mais intensidade e frequência, nos mostra que o estilo de pensamento relacionado a esses coletivos tem um campo de influência mais abrangente, tanto em relação aos agentes de seu próprio núcleo, quanto em relação aos agentes de núcleos de outras localidades. Essas considerações nos remetem a Bourdieu (2004), quando afirma que um campo científico deve ser entendido como um campo de força onde os agentes atuam a fim de produzir, reproduzir ou difundir o conhecimento. A força dos agentes está relacionada à estrutura e à posição que ocupam nesse campo. A posição que ocupam e a influência que esses agentes conseguem exercer estaria relacionada ao volume de capital científico que eles possuam, e que lhes confere autoridade. Desta forma, consciente da existência dessa influência, no final do capítulo 5, retornaremos a esses núcleos identificados, relacionando-os com as categorias de manuais (“manejo ativo” e “expectante”), a fim de verificar a existência ou não de um perfil quanto à orientação de cuidados mais ou menos intervencionista.

Capítulo 5 – Parto: sentidos, “riscos” e modelos assistenciais

Este capítulo tem por objetivo demonstrar como o processo de normalização do uso de intervenções já se faz percebido na forma de organização apresentada pelos manuais de obstetrícia, e nos sentidos e terminologias utilizadas para definir o evento do parto, expressando estilos de pensamento assumidos nessas obras.

O argumento do capítulo é que estilos de pensamento marcados pela ideia de risco, e que objetivam garantir a segurança e bem-estar do binômio materno-fetal, são a base para a construção das diferentes formas de assistência ao parto^{xxxiii}.

Na busca de controle do risco e da garantia da segurança, os manuais preconizam práticas de cuidado que variam desde aquelas que propõem uma atitude mais ativa com uso de intervenções de forma rotineira, até as que defendem uma postura mais expectante, mas que, de forma geral, nos apontam para uma tendência de normalização do uso de intervenções.

5.1 – Sumários: expressão de um processo de normalização das intervenções

Partimos da compreensão de que a organização de manuais médicos, como publicações voltadas para a formação de novos especialistas, expressa estilos de pensamento, ao elegerem quais assuntos serão apresentados como pontos de estudo, qual destaque será dado a cada um desses assuntos e quais assuntos serão silenciados, negligenciados ou subsumidos a assuntos considerados mais abrangentes e

^{xxxiii}Compreendendo ainda que a ideia de risco e segurança não se restringem a área médica, pois se constituem como discursos e dispositivos que marcam as relações sociais e de poder da sociedade moderna ocidental (LUPTON, 2013).

organizadores de um bloco de conteúdos. Dessa maneira, passamos a examinar, neste tópico, as diferentes formas de construção dos manuais de obstetrícia, a partir da análise de seus sumários, e discutir como a forma de apresentar seus temas e conteúdos contribuem para a construção de um modelo de assistência que normaliza o uso de intervenções. Por meio da análise da estruturação dos sumários e dos enunciados das seções, capítulos e subitens desses sumários foi possível discutir questões como:

1. Se os conteúdos eram apresentados de forma a possibilitar um entendimento claro de que existem partos sem intercorrências clínico-obstétricas;
2. Se os procedimentos que compunham a assistência de um parto que evolui sem problemas clínico-obstétricos eram diferentes dos procedimentos que compunham um parto com intercorrências;
3. Se a temática de um parto sem intercorrência clínico-obstétrica tinha visibilidade ou não, quando observado o conjunto das temáticas ali desenvolvidas.

A expressão “parto sem intercorrência clínico-obstétrica”, ela mesma, deve ser colocada em questão. Uma parte da literatura médica no campo da obstetrícia, principalmente de escolas, e em países onde a especialidade não é tão intervencionista, falará de um parto que evolui de forma primordialmente espontânea, sem necessidade de intervenções médicas maiores e com resultados satisfatórios para mães e bebês (DAVIS-FLOYD, 2001; MAIA, 2010). Contudo, em uma tradição médica-obstétrica intervencionista, vale se perguntar o quanto esse “parto sem intercorrência” é apresentado nos manuais de modo distinto dos “partos com intercorrência”, e com uma separação clara das formas de cuidado exigidas para cada uma dessas situações. A fusão dessas duas formas de apresentação do parto pode construir um entendimento da

parturição como um evento que está, intrinsecamente, associado ao uso de técnicas e tecnologias, pois sem elas estaria fadado à ocorrência de resultados indesejáveis e, desta forma, contribuem para elevar o volume de intervenções a serem realizadas.

Observamos que determinados manuais optaram por uma organização em que os capítulos que tratavam dos componentes, mecanismos e fases clínicas do parto foram separados do capítulo da assistência. Isso resultou em um maior espaço e conteúdo dedicado ao estudo do processo fisiológico do parto^{xxxiv}.

Em outros casos, embora o manual apresente uma estrutura semelhante à citada anteriormente, na seção destinada a partos nomeados como “Parto e Puerpério Normais”^{xxxv} foram encontradas considerações relacionadas a um parto com intervenção, tais como:

1. Aspectos da assistência a esse “parto normal” foram tratados sob o título “Condução do parto”, demonstrando, pela escolha da palavra “condução”, uma postura ativa diante do evento, no sentido de controlar e dar a direção, interferindo no processo do parto;
2. Entre os componentes de estudo deste “parto e puerpério normais”, os autores incluíram questões referentes ao parto induzido.

O entendimento desses manuais acima difere de outros onde o “parto induzido” foi tratado em capítulo separado da assistência nomeada como de “parto normal”^{xxxvi}. Essa diferença de posicionamentos demonstra entendimentos distintos no momento de categorizar o que pode ser considerado como “normal” ou não: um em que “parto

^{xxxiv} Esse formato foi apresentado em manuais como: “Obstetrícia Básica” (NEME, 1994; 2000; 2005), “Obstetrícia Fundamental” (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008; 2011; REZENDE; MONTENEGRO, 1984; 1987; 1992; 1995; 1999; 2003; 2006), “Zugaib Obstetrícia” (ZUGAIB; BITTAR, 2008).

^{xxxv} Como no caso do “Obstetrícia: texto básico para estudantes de Medicina” (GRELLE; AMARAL, 1988)

^{xxxvi} Construção identificada em “Rotinas em Obstetrícia” (FREITAS et al., 1993).

induzido” é um “parto ‘normal’”, enquanto outro que considera que a indução já o descaracteriza como tal.

Em outra forma de organização, as questões referentes aos componentes, mecanismos e fases clínicas do parto são apresentadas junto com a temática da assistência e, por vezes, todos os tipos de parto são apresentados dentro de uma mesma construção. Ou seja, não existe separação de uma assistência a um parto sem intercorrências daquele que apresenta algum problema durante a sua evolução^{xxxvii}. Esse formato de organização acaba por contribuir para um entendimento que associa parto à problema, de forma indiscriminada. Esse posicionamento contraria as recomendações da OMS, cujas diretrizes tomam como base o princípio de que a maioria dos partos ocorre sem complicações, tanto para as mulheres quanto para os bebês (WHO, 2019).

Também foram encontrados aqueles manuais em que a separação do que vem a ser uma assistência ao “parto normal”, daquela que deve ser prestada a um “parto anormal”, apareceu de forma clara e bem definida^{xxxviii}, facilitando as suas respectivas identificações.

^{xxxvii} Em “Condutas em clínica obstétrica” (MADI et al., 2007) por exemplo encontramos uma seção de nome “Parto” onde apresenta subseções, de acordo com cada período do parto: “Rotinas na admissão de gestante em trabalho de parto”, “Assistência ao período de dilatação”, “Assistência ao período expulsivo”, “Assistência no secundamento”.

Essas subseções são compostas por capítulos que apresentam questões relacionadas a diferentes tipos de situações de parto, entre as quais incluem-se: os partos distócicos (partos que apresentam alteração da contratilidade uterina e que podem interferir no processo de dilatação cervical e descida fetal), os de apresentação pélvica, assim como questões relativas ao uso de fórcepe.

^{xxxviii} Exemplo desse tipo de organização foi o manual “Willians Obstetrícia” (CUNNINGHAM et al., 2000), onde a distribuição das seções e capítulos são apresentadas de forma separada. Na seção IV, sob o título “Trabalho de parto e Partos Normais” os capítulos a integram são: “Parto”, “Mecanismos de Trabalho de Parto Normal na Apresentação de Occipital” “Conduta no Trabalho de Parto e no Parto Normal”, “Avaliação Intraparto”, “Analgésia e Anestesia” e “O Recém-nascido”.

De forma separada foi apresentada a seção V, “Trabalho de Parto Anormal”, onde os casos de distócia, foram dispostos em três capítulos diferentes marcando se tratar de uma anormalidade: “Distócia: Anormalidades das Forças Expulsivas”, “Distócia: anomalias da Apresentação, Posição e Desenvolvimento do Feto”, e “Distócia por Vício Pélvico”. Já na seção VI “Obstetrícia Operatória”, têm-se os capítulos “Parto Vaginal Operatório” (com os casos de parto a fórcepe e extrator a vácuo), “Técnicas para parto Pélvico” e “Cesariana e Histerectomia Cesárea”.

Nesse sentido podemos inferir que, na medida em que um manual não prioriza, no formato da sua organização, destinar um espaço que promova o reconhecimento do parto como um evento fisiológico que pode ser vivenciado, em sua maioria, sem complicação, ele acaba por dar destaque ou incluir no mesmo núcleo de análise os partos com intercorrências, contribuindo para o fortalecimento de um estilo de pensamento que associa parto a risco.

Por consequência, um estilo de pensamento que inclui todos os partos enquanto evento de risco é co-constitutivo de uma prática adepta a um crescente uso de intervenções, mesmo naqueles partos que se desenvolveriam sem complicações e com resultado satisfatório. Esse é um importante aspecto que contribui no processo de normalização do uso de intervenções.

5.2 – Terminologia e sentidos

A definição sobre o que é o normal e o patológico, nos processos de gravidez e parto, tem sido alvo de diferentes estudos. No artigo “Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com ‘um risco’ e a medicalização do parto no Brasil” (CHACHAM, 2012) encontramos uma discussão sobre o que levaria os médicos a indicarem a realização de cesárea para mulheres que a princípio tinham o parto via vaginal como preferência. A autora, ancorada no conceito de medicalização, analisa como a abordagem biomédica confere legitimidade ao uso de intervenções médicas nos processos de gravidez e parto, a partir de uma percepção do parto via vaginal como um evento que expõe o feto e a mãe a riscos. O estudo identificou que a maioria absoluta dos médicos entrevistados mostrou preferência pelo “parto normal” (ou seja, um parto realizado pela via vaginal), considerando o seu “caráter fisiológico”, e por ser o tipo de

parto mais saudável, seguro e emocionalmente mais satisfatório para a mulher. Contudo, esses médicos também se referiram ao “parto normal” como estressante, inseguro e imprevisível, apresentando, em contraposição a cesárea como uma via segura e previsível (CHACHAM, 2012).

No entendimento de Chacham, esse posicionamento representaria uma inversão de raciocínio em que a cesárea, que deveria ser um procedimento de exceção, passa a ser o procedimento mais indicado e realizado, indicando problemas na própria formação médica por eles recebida.

“Aparentemente, embora os médicos percebam o aspecto emocional do parto como fundamental, este conhecimento não é traduzido em uma atenção maior a este durante o pré-natal, nem uma discussão mais ampla de todas as vantagens, além das puramente físicas que os médicos veem no parto normal. Isto sugere uma falha na formação destes profissionais neste sentido, provavelmente devido à pouca importância que o lado psíquico ocupa dentro do próprio paradigma biomédico, no qual são caracterizadas como irrelevantes as interpretações subjetivas dos eventos ditos médicos” (CHACHAM, 2012, p.428).

A partir dessas considerações, é possível perceber a importância dos elementos que, uma vez incorporados no processo de formação, se transformam em práticas que passam a fazer parte da rotina de cuidado, influenciando inclusive as formas de relacionamento interpessoal entre os atores que participam do processo de evolução do parto. Dentre esses elementos, incluem-se as questões referentes aos diferentes entendimentos do que é o parto, entendimentos estes que estarão intrinsicamente relacionados às práticas de assistência que serão recomendadas. Assim, nessa subseção, partimos do argumento que as diferentes denominações de parto encontradas são expressões do entendimento do que é normal ou não no processo de evolução do trabalho de parto e do parto, e que essas concepções resultam no uso ou não de intervenções.

Nos manuais, o nascimento e a saída dos demais produtos (tais como a placenta) do interior do organismo materno é comumente chamado de “Parto”, e sobre o entendimento deste termo e de seus sentidos, de uma forma geral, eles o apresentam como sendo um evento “fisiológico normal”: “O parto é uma função fisiológica normal da gravidez” (NISWANDER; EVANS, 1994, p.527).

No decorrer de nossa análise, encontramos diferentes formas de nominar e classificar este evento “fisiológico normal”. Alguns termos são mencionados com maior frequência, como é o caso de “parto”, “parto vaginal”, “parto normal”, “parto espontâneo”, “parto natural”. Outros são menos recorrentes: “parto dirigido”, “parto operatório”, “parto assistido”, “parto transpélvico”, “parto por via abdominal”, “parto médico”, “parto cirúrgico”, “parto fetal”, “parto conduzido”, “parto induzido”.

Contudo, apesar da variação da frequência observada na utilização de cada uma dessas denominações, vimos que todas essas expressões são atravessadas pelos aspectos do que cada manual de obstetrícia toma como legítimo no processo de assistência aos nascimentos, tais como: parto é pela vagina, nascimento por cirurgia é parto, parto é um evento médico. Adjetivações que, por vezes, apresentam significados distintos, quando comparamos os diferentes manuais como serão apresentadas ao longo desse capítulo.

Em alguns trechos, as denominações relacionadas ao parto são apenas citadas sem uma explicação de seus significados, como se os mesmos já fossem de domínio de seus leitores. Estes são os casos de: “parto fetal” e “parto vaginal espontâneo”^{xxxix} encontrados em “Obstetrícia”:

“Os esforços expulsivos, necessários ao término do parto fetal, têm individualidade, dependem de vários fatores: grau de paridade, volume do concepto, variedade de posição, elasticidade da vagina, da vulva e da musculatura do períneo, capacidade de retropulsão do coccige e, naturalmente, do tipo de analgesia empregado.” (REZENDE, 1982, p.307).

^{xxxix} Incluído na edição de 1998, no subitem “A proteção do períneo”.

“(...). Na instituição a que pertencem (Universidade da Califórnia), a restrição ao uso generalizado da episiotomia no parto vaginal espontâneo mostrou redução significativa dos traumatismos perineais em todas as pacientes, à exceção das nulíparas, com produtos macrossômicos.” (REZENDE, 1998, p.336).

Também foram encontradas denominações acompanhadas de comentários sobre seu significado e sentido expressos de forma extensa. E outros casos em que, embora as denominações não viessem acompanhadas de um sentido e significado enunciados, a sua compreensão se tornou possível graças à construção textual na qual elas estavam inseridas, sendo então possível deduzir seu significado. Desta forma, nas seções a seguir apresentaremos aquelas que consideramos que melhor representam as diferenças entre estilos de pensamento (Figura 5.1).

Parto por via genital	Parto normal espontâneo sem intervenção
	Parto normal espontâneo com intervenção
	Parto dirigido e parto médico
	Parto natural
	Parto submerso
	Parto assistido
	Parto conduzido e parto induzido
	Parto operatório
	Parto cirúrgico
Parto por via abdominal	Parto transabdominal
	Parto operatório
	Parto cirúrgico
	Cesariana

Figura 5.1 - Quadro síntese de terminologias encontradas
Fonte: Elaboração própria

5.2.1 - Parto por via genital e suas variações

Para o parto que ocorre pela via genital, encontramos as denominações “parto vaginal”, “parto por via baixa”, “parto normal”.

“PARTO NORMAL

I – Conceito

Parto normal é aquele que se processa naturalmente por via transpélvica, estando o feto em apresentação cefálica fletida, após trabalho de parto com duração fisiológica.” (BARROS; LINS; GALHARDO, 1987, p.156).

Entre as variações de entendimento de parto normal encontraríamos aquela em que o parto pode ser dividido em duas categorias: 1) parto normal sem intervenção, também chamado de espontâneo e 2) parto normal com intervenção, denominado de parto dirigido. Ou seja, segundo esse entendimento para ser considerado como um parto normal “espontâneo” não poderia ter ocorrido qualquer tipo de intervenção:

“II – Classificação

Classifica-se o parto normal em espontâneo e dirigido.

A – Espontâneo

É o parto ocorrido sem que tenha havido qualquer intervenção em seu decurso.

B – Dirigido

Qualquer intervenção que interfira no curso do trabalho, desde a simples administração de medicamentos, amniotomia ou episiotomia, transformam o parto espontâneo em dirigido, desde que observadas as demais condições estabelecidas no conceito de parto normal.” (BARROS; LINS; GALHARDO, 1987, p.156).

Nessa mesma linha de entendimento de espontâneo, em referência a um parto sem qualquer tipo de intervenção, encontramos:

“O **parto normal ou espontâneo** é aquele que prescinde de manobras extrativas e resulta do equilíbrio perfeito dos fatores que nele intervêm: canal de parto (bacias óssea e mole), móvel (concepto) e força (contrações uterina, da prensa abdominal e do diafragma).” (NEME, 1994, p.137, grifo nosso).

O entendimento de espontâneo como um parto sem intervenção não foi uma unanimidade, já que essa denominação ‘espontâneo’ também foi utilizada em referência a um parto normal em que no processo de evolução admite-se a realização de intervenções. Sendo também encontrada a denominação “parto vaginal espontâneo assistido”

“No **parto normal espontâneo** a própria doente mantém as suas pernas fletidas sobre a coxa e a coxa sobre a bacia, na chamada posição obstétrica. Na hipótese de intervenções, é preciso criar processos que sustentem as pernas da paciente.” (BARBOSA, 1988, p.541, grifo nosso).

Parto dirigido e parto médico como classificação do parto normal também foi encontrada em “Obstetrícia”, de Rezende, em sua edição de 1982, e que se manteve até a edição 2005^{XL}, com o mesmo sentido, mas com uma complementação sobre o objetivo de sua realização, que era o de diminuir o tempo de duração do parto^{XLI}.

“(…). No atendimento à parturiente praticamos o **parto dirigido**, caracterizado quando houver qualquer participação do tocólogo, segundo as necessidades individuais e as peculiaridades do trabalho, objetivando encurtá-lo; sedar a paciente; preservar-lhe a estática pelvina; e proteger o feto.”(REZENDE, 1982, p.304, grifo nosso).

Em “Obstetrícia” (REZENDE, 1982; 1987; 1991; 1995; 1998; 2005), de Rezende, o autor desenvolve mais amplamente a temática fazendo uma referência à origem do termo “parto dirigido”. Essa origem estaria associada a uma outra denominação, a de “parto médico”. Para explicar esse sentido, o manual recorre aos trabalhos realizados por Kreis, na década de 1930, que contestava a posição de que a manutenção da integridade das membranas amnióticas era necessária para uma boa

^{XL} Na 11ª edição, de 2010, após a morte de Rezende e na qual ocorre o ajuste de autoria da obra onde Carlos Antonio Barbosa Montenegro, assume como primeiro autor e Jorge de Rezende Filho assume como coautor, o item “Parto Dirigido” foi retirado.

^{XLI} Retornaremos a essa temática sobre o tempo de duração do parto em outras partes do trabalho.

evolução do trabalho de parto e de que estas deveriam ser mantidas até a dilatação completa. Segundo Rezende (1982; 1987; 1991; 1995; 1998; 2005), para Kreis, 1932, a rotura precoce da bolsa das águas não exercia qualquer influência nos casos de mortalidade por infecção puerperal e de morbidade dos puerpérios.

Outra denominação encontrada foi “parto assistido” para casos considerados como de parto normal com utilização de fórceps de alívio e vácuo-extração, entretanto encontramos manuais em que esse tipo de parto foi tratado em capítulos diferentes daquele em que cuida da assistência ao “parto normal”.

Dada as inúmeras denominações empregadas relacionadas ao “parto normal”, que por vezes até mesmo se distanciam do sentido literal da palavra empregada, como foi o caso de parto “espontâneo”^{xlii}, consideramos importante dedicarmos um cuidado acurado para compreendermos ao que realmente essas denominações se referem. Para fins dessa tese, observando as diferenças de denominações de parto até aqui apresentadas, é importante deixar registrada a existência de uma vertente de manuais que trata de partos com uso de instrumentos e de intervenções significativas no processo de evolução - tais como uso de ocitocina, realização de amniotomia - na seção destinada ao parto normal sem intercorrência. Posicionamento este que pode contribuir para um processo de normalização do uso de intervenções.

Por outro lado, manuais que apresentam partos com uso de intervenções e/ou instrumentos em seções ou capítulos separados daqueles que tratam de “parto normal”, no nosso entendimento, contribuem para um entendimento de um parto via vaginal com menor referência ao uso de intervenções, aspecto que consideramos pertinente pensando em uma formação obstétrica que não estimule o uso de intervenções de forma rotineira.

^{xlii} O sentido literal da palavra espontâneo diz respeito aquilo “que ocorre naturalmente; cujo desenvolvimento não é premeditado (...), cujo desenvolvimento (e resultado) só depende da pessoa ou coisa que o compõe (...)” (RIBEIRO; NEVES, 2018).

5.2.2 – “Parto” por via abdominal

Para os casos de nascimentos por via abdominal, muito embora tenham sido encontrados capítulos específicos sob títulos, tais como: “Cesariana” e “Operação cesariana”, também foram encontradas referências a esse tipo parto no capítulo de assistência ao parto vaginal.

Em “Noções práticas de obstetrícia” (CORRÊA, 1988), encontramos a denominação “parto por via abdominal” e, na sua edição de 2011, a denominação “parto transabdominal”.

A denominação “parto operatório” foi utilizada no “Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento” (NISWANDER; EVANS, 1994), não só relacionada a um parto por via genital com uso de fórceps ou vácuo extrator, mas também relacionada à cesariana.

“IV. **Parto assistido**. Quando não é possível efetuar um **parto vaginal espontâneo**, é necessário então um parto **operatório**, que pode ser **cesáreo** ou **parto vaginal** instrumental. Este último acarreta o uso ou de fórceps ou de um extrator a vácuo, o que é discutido com detalhes no Cap. 30.” (NISWANDER; EVANS, 1994, p.547, grifo nosso).

O mesmo acontece com a expressão “parto cirúrgico” em que neste mesmo manual, na sua edição de 1984, no capítulo a respeito de parto normal, o mesmo define “parto cirúrgico” como sendo aquele que é realizado “com fórceps ou com cesariana” (NISWANDER, 1984, p.365)^{XLIII}.

Foi possível perceber que o processo de nomeação e classificação dos diferentes sentidos do parto não constituiu consenso quando comparamos esses sentidos entre os diferentes manuais. Embora não esteja claramente escrito, o que identificamos é que diferentes posicionamentos trazem uma discussão intrínseca sobre quais vias de

^{XLIII} Item que seria aprofundado no Capítulo 27, deste manual, intitulado “Trabalho de parto anormal”.

nascimento poderiam ser consideradas como parto, sendo que alguns médicos consideram como parto somente o processo de saída do feto pela via genital, enquanto outros advogam que a retirada do feto pela via abdominal também poderia ser denominada como parto.

Em “Obstetrícia” (REZENDE, 1982), não houve espaço para dúvida: a saída do feto pelo abdômen também deveria ser considerada como parto; e fecha questão em sua própria posição.

“No consenso dos tratadistas seria o parto a expulsão de feto vitável, para o mundo exterior, através das vias genitais. É definição que exclui a extração do produto conceptual por qualquer outro trajeto, a exemplo do sucedido das laparotomias para a gravidez ectópica avançada e na operação cesariana, legitimamente chamadas, no entretanto, de partos abdominais.” (REZENDE, 1982, p.261).

Segundo Nakano, Bonan e Teixeira (2015; 2017) esse processo em que a cirurgia cesariana passa a ser denominada como “parto” estaria associada a um estilo de pensamento médico-obstetra que entende a cesariana como um modo ‘normal’ de nascer, que estaria relacionado a um conjunto de práticas, técnicas, tecnologias e saberes desenvolvidos pela obstetrícia moderna e contemporânea (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015; 2017).

Esse movimento nos remete aos sentidos encontrados na designação de “parto normal”, mencionados anteriormente, em que, em determinados manuais, mesmo com a utilização de intervenções, continua a ser denominado como “normal”, e por vezes até como “normal espontâneo”. Demonstrando que para esse estilo de pensamento é normal o uso de intervenção de forma rotineira.

Compreendemos que essas diferenças que aparecem no campo semântico, na verdade, refletem uma discussão entre os diferentes coletivos de pensamento que possuem compreensões próprias sobre o evento do parto, que disputam posições e

formas de institucionalização de saberes, por vezes opostos, dentro do campo da obstetrícia. E, pelo que foi exposto até aqui, as diferentes respostas a essas discussões vão sendo incorporadas ao discurso médico propagado pelos manuais.

Percebemos que, juntamente com o processo de diversificação de formas de prestar assistência ao parto, criou-se a necessidade de especificar cada uma dessas maneiras que, por sua vez, se reflete na linguagem utilizada, em que novas denominações vão sendo incorporadas e outras, já utilizadas, vão ganhando novos sentidos.

5.3 – Os “riscos do parto” e sua relação com os modelos assistenciais

Ampliando nossa reflexão, poderíamos dizer que, se o ponto de partida dos manuais de obstetrícia para definir o parto é a fisiologia, o aprofundamento da análise nos leva à compreensão de que a multiplicidade de formas de denominá-lo e de adjetivá-lo expressa, para além de qualquer biologia, o imbricamento do parto em relações histórico-socialmente construídas e o modo como se pensa culturalmente esse evento.

As diferentes denominações que foram sendo incorporadas ou ressignificadas devem ser compreendidas como parte de um processo de desenvolvimento de novos modelos assistenciais, técnicas, tecnologias e saberes que, no Brasil, começam na primeira metade do século XX e se consolidam na segunda metade desse mesmo século. Essas várias definições adjetivadas do parto passam a ser incorporadas a esses instrumentos de formação dos novos obstetras que são os manuais.

Esses sentidos seriam, também, uma expressão do entendimento desses manuais sobre as supostas incertezas consideradas como inerentes ao processo de evolução do

parto, e que interferem em diferentes possibilidades de desfechos, entre os quais aqueles indesejáveis. Para o enfrentamento dessa essência do parto marcada pela incerteza, a indicação do uso de procedimentos e intervenções se torna cada vez mais rotineira, a ponto de passar a ser concebida como “normal”.

Compondo esse quadro, nos deparamos com discussões frequentes em torno dos riscos que estariam envolvidos no parto, que foram apresentados tanto de forma explícita e direta, quanto por meio de uma construção textual com ênfase naquilo que poderia dar errado e que pouco tratava da assistência nos casos de normalidade. Posicionamento e postura utilizada como embasamento teórico para a determinação do modelo de assistência intervencionista que ali seria indicado.

Utilizando a 10ª edição, de 1988, e a 14ª edição, de 2011, do manual “Noções práticas de obstetrícia” (CORRÊA, 1988; CORRÊA et al., 2011), apresentamos duas versões de um posicionamento que considera o parto como um evento de risco iminente e expresso de forma direta e explícita. O objetivo de apresentarmos as citações que estão em correspondência é o de podermos observar como uma ideia pode ser mantida em meio ao movimento de atualização da linguagem, nos casos de manuais em que foi encontrada mais de uma edição:

Trecho 1 – Na parte inicial do capítulo

“Irrefutavelmente, o trabalho de parto representa um esforço acentuado para a parturiente e seu produto. Ainda que a maioria comece e termine dentro de padrões considerados normais, alguns casos se afastam totalmente dessas normas. Além disso, é raro saber-se antecipadamente que gestantes terão problemas no parto. O comum é surgirem complicações durante o seu desenrolar.” (CORRÊA, 1988, p.33).

“Apesar de considerar-se o parto um acontecimento fisiológico e, portanto, isento de riscos, na prática, não raro, surgem problemas logo no seu início ou durante o seu desenrolar e, principalmente, na sua fase final – período expulsivo.” (CORRÊA et al., 2011, p.367).

Trecho 2 – Em referência a observação das condições fetais

“O parto, mesmo normal, representa um risco permanente para o concepto.”
(CORRÊA, 1988, p.35).

“Trabalho de parto representa sempre riscos de complicações para o feto.”
(CORRÊA et al., 2011, p.870).

Como exemplo de formatos com indicativo de risco, sem o uso direto da palavra, temos o “Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento” um trecho que diz:

“II. Condução do parto normal. O parto é uma função fisiológica normal da gravidez. Apesar disso, ocorrem complicações, tais como morte fetal e sofrimento fetal agudo, trabalho de parto disfuncional, rotura uterina, conioamnionite, hemorragias maternas e fetais e, até mesmo a morte materna.” (NISWANDER; EVANS, 1994, p.527).

Em “Obstetrícia” (REZENDE, 2005), encontramos uma proposta de um parto “controlado”, “rápido” e “indolor”, que pode ser tomado como exemplo de uma apresentação de parto cujo risco passa a ser dominado pelo conhecimento científico. Segundo o manual, graças ao desenvolvimento da obstetrícia, o médico pode atuar com competência e de forma antecipada, evitando o desenvolvimento de processos patológicos que poderiam surgir no transcurso de partos vaginais.

“A velha arte dos partos transfigurou-se, e tendo-se despojado da operatória de arranchamento, seu outrora campo único, limitou os atos extrativos, disciplinou-os e deu-lhes suavidade (Non vis sed arte).

A espera resignada e fatalista do parto vaginal pôde ser derogada com o desenvolvimento da fisiopatologia da contração uterina que permitiu governá-lo, encurtar-lhe as fases, monitorá-lo, induzi-lo; mediante o aperfeiçoamento da anestesiologia, tornando-o indolor, e, por meio dos préstimos da operação cesariana, cristalizada em técnica de simplicidade extrema e resultados insuperáveis.

Mais de cinco milênios decorreram até que a Obstetrícia moderna pudesse sublimar-se no que hoje é na mulher civilizada: a proteção integral à grávida e a seu concepto, em todo ciclo gestativo e na assistência ao parto.” (REZENDE, 2005, p.341).

Nesse sentido, para manuais que comungam desse mesmo estilo de pensamento, atuar seguindo os paradigmas de uma obstetrícia moderna implica em garantir a proteção à mulher e ao bebê, fazendo uso de intervenções no parto vaginal ou recorrendo à cesárea eletiva como via de parto. A reflexão sobre esse paradigma, que traz como consequência um alto consumo de tecnologias diagnósticas, de intervenção na assistência ao parto e de elevados índices de cesarianas, nos leva a considerações mais amplas como, por exemplo, o modo como a sociedade tem pensado questões referentes ao cuidado de si e a quem compete a decisão e a realização desses cuidados. Sociedade na qual estão incluídos os obstetras, os demais profissionais da saúde envolvidos no evento, as parturientes que são atendidas e a rede de apoio e cuidado que acompanha essa mulher.

Petersen (2007) afirma que existe nas sociedades moderna e contemporânea uma preocupação em torno da gestão do corpo, da promoção da saúde e da prevenção da doença. Nesse contexto, verifica-se o uso crescente de tecnologias biomédicas, influenciado por um pensamento neoliberal que promove o individualismo, que se manifesta por uma ênfase no cuidado de si mesmo e na autogestão do risco. Esse pensamento liberal promove também o consumismo associado à ideia de “liberdade de escolha” entre as opções oferecidas pelo mercado, que prometem atender desejos e necessidades relacionados a esse cuidado de si, ao gerenciamento do risco, ou ainda à minimização das incertezas. Para o autor, o conhecimento do próprio risco seria a base para permitir a “liberdade de escolha” na tomada de decisões no campo da saúde e do planejamento da vida, frente aos inúmeros produtos e serviços de saúde disponibilizados no mercado (PETERSEN, 2007).

Desta forma, não podemos deixar de associar as escolhas mencionadas por Petersen (2007) com as “opções” de intervenções e procedimentos “oferecidos” na assistência ao parto, que colocam os atores (com destaque para médicos e gestantes) em uma posição em que escolhas sobre a assistência precisam ser realizadas. Baseadas nos postulados da obstetrícia moderna, o que temos visto é que as escolhas realizadas mostram uma tendência de incorporação de cálculos sobre futuros prováveis, que por sua vez fomentam uma necessidade de intervir preventivamente com a pretensão de gerenciar o risco, e de permitir um maior controle individual do evento e das vidas a ele relacionadas.

Aronowitz (2009) é outro autor que nos auxilia a pensar o risco. Segundo o autor, a cultura do risco, que não está restrita apenas à área da medicina, acaba por fazer convergir o estado de estar em risco para o estado de estar doente. Nesse estado, o indivíduo não está doente, mas toma as providências e busca os cuidados como se assim estivesse. Diante dessa “doença” e de uma promessa de redução dos riscos a ela relacionados, procedimentos como exames diagnósticos para detecção precoce de possíveis complicações, procedimentos médicos, uso de medicamentos acabam sendo realizados e administrados. Contudo, o uso desses procedimentos e medicamentos podem trazer efeitos contrários e, até mesmo, causar problemas no curso do evento que está sendo o alvo do cuidado em saúde (ARONOWITZ, 2009).

Aplicando as considerações de Aronowitz (2009), na medida em que os manuais de obstetrícia incluem o parto que evolui a partir de mecanismos fisiológicos próprios como experiência de estar em risco, esse estar em risco converge para um estado de estar doente, contribuindo para uma vivência do parto como uma experiência patológica. Diniz (1996) afirma que esse entendimento do parto como evento patológico e arriscado está relacionado a “um modelo médico centrado numa concepção do

feminino como condição essencialmente ‘defeituosa’” (DINIZ, 1996, p.1). Um “defeito” que a obstetrícia moderna tomou para si a responsabilidade do enfrentamento com o oferecimento de tecnologias e intervenções.

Com base nesses entendimentos, podemos dizer que, naqueles manuais que recomendam uma assistência mais intervencionista, o parto é compreendido como um evento “fisiologicamente patológico” e sujeito a perigos, imprevistos e intercorrências^{XLIV}. A partir de tal concepção, as providências e decisões relativas a ele passam a ser alvo de uma série de discussões e cuidados no campo médico com o intuito de proporcionar à gestante e a sua família a tão propagada sensação de segurança, criando-se a ilusão de que todos os riscos podem ser antecipadamente identificados a partir da adoção de diferentes estratégias oferecidas pelo mercado, a fim de garantir o controle do evento, a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê.

Contudo, cabe ainda uma observação pois segundo destaca Lupton, os significados e estratégias de risco seriam tentativas de dominar a incerteza, mas que muitas vezes podem acarretar um efeito contrário na medida em que podem aumentar a ansiedade sobre o próprio risco dependendo da intensidade e preocupação que se coloca em foco (LUPTON, 2013).

Partindo de compreensões e entendimentos do parto como um evento de risco e dos fatores que estariam envolvidos no mesmo, os manuais constroem e apresentam suas orientações, recomendações e indicações de como deve ser realizada a sua assistência, com foco em garantir a segurança do processo. Desta maneira, vimos que quanto mais forte era a ideia de risco, mais intensa era a busca pela segurança, que por sua vez se apresentava fortemente relacionada à construção de modelos assistenciais baseados no uso de procedimentos, técnicas e tecnologias médicas.

^{XLIV} Apesar de vários movimentos feministas que emergem em meados do século XX de reconhecimento do parto como um evento natural e normal.

Nesse pensar sobre a busca pela segurança na assistência, nos aproximamos das análises de Rodrigues (2015) que nos indica que, de acordo com o pensamento médico, a forma de garantir essa “segurança” seria justamente o uso de tecnologia a partir de padrões preestabelecidos, e por serem preestabelecidos não levam em consideração as diferenças individuais apresentadas pelas gestantes. Desta forma, na medida em que esse modelo de cuidado não toma como princípio a observação da necessidade apresentada por cada caso, impossibilitando um olhar para cada parto como um evento único dotado de uma dinâmica própria, acaba por utilizar-se dessa tecnologia de forma generalizada.

Ora, na medida em que se opte por uma utilização geral de procedimentos e tecnologias, teremos entre esses partos aqueles que sofrerão uma intervenção de forma desnecessária e que, de acordo com a frequência que essas intervenções venham a ser utilizadas, acabam por atingir parâmetros muito acima daquele que seriam desejáveis.

“Disto advém o uso exacerbado da tecnologia, pautado numa ideia de segurança que percebe os corpos das parturientes como potencialmente danosos e por isso credores de técnicas de controle, gerando uma padronização no atendimento que se assemelha a uma linha de produção. Neste modelo, está prescrito uma escala de intervenções sob as quais todas as mulheres devem ser submetidas, ignorando aspectos emocionais, sociais e outras especificidades” (RODRIGUES, 2015, p.23).

Pautadas em um posicionamento muito próximo de Rodrigues (2015), as análises de Chacham (2012) também nos sinalizam para uma postura de cuidado que, sob a justificativa de proporcionar a segurança do parto, assumem uma posição de controle do evento através do uso de intervenções. Chacham nos chama atenção ainda para um outro aspecto: diante da ideia do parto como evento imprevisível e de condições de trabalho que nem sempre lhe são favoráveis, o médico faz uso das intervenções como forma de controle de possíveis resultados adversos e indesejáveis,

sentindo-se mais seguro quanto à possibilidade de se tornar sujeito de ações de caráter judicial.

“A preocupação com a segurança da paciente e do feto, reforçada pelo medo de processos judiciais, estimularia a prática da cesárea, segundo vários entrevistados. A pouca segurança para acompanhar o trabalho de parto devido à falta de aparelhos de monitoramento e, muitas vezes, de aparelhos de ultrassom, nas maternidades, geraria insegurança nos médicos. Estes, na dúvida, optariam por uma cesárea. Entretanto, deve ser lembrado que o uso do monitoramento fetal durante o parto elevou o número de cesáreas em todo o mundo e não teve efeito comprovado na diminuição da morbi-mortalidade fetal (McCUSKER *et al.*, 1988, NELSON *et al.*, 1996). Na base destes argumentos, que envolvem a questão de “segurança”, poderíamos identificar novamente a representação do parto normal como arriscado e imprevisível, e da cesárea como opção segura” (CHACHAM, 2012, p.430-431).

Tendo essas considerações em mente, podemos inferir que os modelos de assistência encontrados nos manuais de obstetrícia estão baseados em um aspecto do estilo de pensamento presente nas sociedades contemporâneas ocidentais, pautado na construção de mecanismos de segurança que procuram levar em consideração um maior número de variáveis possíveis e sabíveis do que poderia acontecer no decorrer de um determinado evento, que no caso em questão diz respeito ao processo de parturição. A partir dessa premissa, a depender das variáveis eleitas para compor o quadro de análise no processo de escolha do modelo de cuidado a ser prestado, encontraremos manuais que assumem posturas distintas quanto às suas recomendações sobre qual seria a melhor forma de prestar essa assistência.

A partir desses diferentes formatos de prestar a assistência à mulher e ao seu bebê é que construímos duas grandes categorias de manuais (já referenciadas em nossa metodologia): uma que preconiza o manejo ativo do parto e outra que recomenda uma postura expectante.

A categoria manejo ativo foi subdividida em “manejo ativo a priori” e “manejo ativo condicional”. Na subcategoria “manejo ativo a priori” (apêndice “C”), o obstetra

defende que deve manter uma atitude ativa desde o início do trabalho de parto. Eles partem do princípio de que uma assistência ao parto ideal é de cunho intervencionista, e objetiva proporcionar um processo rápido e sem dor, em que o manejo ativo do parto é uma forma de evitar complicações.

Manuais dessa categoria consideram que, durante o tempo de parto, a mulher e o feto estariam expostos a sofrimento e risco iminente, como pode ser observado nos trechos a seguir:

“O tocólogo, abandonou a atitude contemplativa, e intervindo mais vezes, empenha-se em suprimir ou atenuar os padecimentos de todos os partos, abreviando-os. No atendimento à parturiente praticamos o parto dirigido, caracterizado quando houver qualquer participação do tocólogo, segundo as necessidades individuais e as peculiaridades do trabalho, objetivando encurtá-lo; sedar a paciente; preservar-lhe a estática pelvina; e proteger o feto.” (REZENDE, 1982, p.304-305).^{XLV}

“No parto hospitalar, mesmo o de evolução normal, algumas medidas podem ser adotadas visando diminuir a sua duração e, também reduzir as dores decorrentes das contrações uterinas.” (CORRÊA et al., 2011, p.883).

Uma vez assumindo esse entendimento, o obstetra deve adotar uma atitude ativa, o que implica a utilização de uma série de intervenções de forma rotineira, que acabam por surtir um efeito cascata, em que uma intervenção levará à utilização de outra intervenção na sequência.

A outra subcategoria que denominamos de “manejo ativo condicional” (apêndice “C”) é composta por manuais que, por vezes, até partem de uma posição expectante, mas que, no desenvolvimento do capítulo, indicam um limite de tempo preestabelecido, a partir do qual o parto se torna “anormal” e o obstetra deve atuar de forma ativa.

^{XLV} Essa posição se manteve em todas as edições analisadas.

Enquanto justificativa dessa indicação, inclui-se o fato de que, com essa atitude ativa, se enfrentaria os casos de partos classificados como muito prolongados que acabavam tendo como desfecho a realização de cesarianas, ou ainda, que expunham a mulher a períodos de sofrimento considerados desnecessários. Inclui-se também nessa categoria os casos de indicação de indução eletiva ocorridas em parto de evolução normal.

“Denomina-se parto induzido aquele iniciado mediante o uso de métodos artificiais. A indução pode ser terapêutica ou eletiva. (...) A indução eletiva, por sua vez, é aquela praticada por conveniência do obstetra e/ou da gestante.” (CAMANO, 2002, p.16).

“São vantagens do partograma:

(...)

- o diagnóstico precoce do trabalho disfuncional e a estimulação ocitócica precoce e correta diminuem a incidência de cesarianas, a instrumentação do segundo período, melhorando as condições maternas e neonatais no fim do parto; (...).” (MADI et al., 2007, p.273).

“A duração média do primeiro período do trabalho de parto nas primíparas é de oito a 12 horas, em gestações subsequentes, seis a oito horas. Considera-se anormal se o primeiro período do trabalho de parto durar mais do que 12 horas ou se a dilatação cervical não progredir durante um tempo superior a duas horas. O segundo período do trabalho de parto varia de poucos minutos a uma a duas horas. Em geral, se o segundo período dura duas horas ou mais, o trabalho de parto foi anormal.” (BENSON, 1980, p.610-611).

Notamos que nessa categoria, embora exista uma preocupação que associa o tempo de parto e o próprio parto com risco e complicações, eles estabelecem um limite de tempo de espera. De acordo com os padrões estabelecidos pela própria obstetrícia do que deve ser considerado normal, verifica-se a necessidade e, tão logo se detecte algo que fuja a estes padrões, as intervenções devem ser imediatamente iniciadas de acordo com as indicações prescritas para cada etapa do trabalho de parto.

A segunda categoria compreende os manuais que recomendam que o obstetra deve assumir uma posição expectante (apêndice “C”), não havendo necessidade de

abreviar, acelerar ou apressar um processo que está transcorrendo sem anormalidades.

E alertam que a realização de intervenções se constitui uma forma em que se assumem riscos. Como exemplo desse tipo de postura destacamos:

“(…). Quando o profissional toma a decisão de intervir, tal decisão deve ser considerada com cuidado, porque toda intervenção está associada a benefícios e também a riscos potenciais. Na maioria dos casos, a melhor conduta pode ser acompanhar atentamente a evolução do processo e, quando necessário, realizar intervenção cuidadosa.” (DECHERNEY; NATHAN, 2004, p.171).

“(…). Portanto, um segundo estágio prolongado, por si só, não é considerado uma indicação para uma intervenção cirúrgica, desde que a descida da apresentação seja mantida.” (BANKOWSKI et al., 2006, p.98).

“(…)

- Aguardar a dequitação espontânea observando sempre o sangramento genital.

(…)

- Não fazer revisão do canal de parto rotineira, somente quando presente sangramento inexplicável ou nas mulheres submetidas ao fórcepe, vácuo-extração ou manobras (extração pélvica, versão, etc.) e sempre sob anestesia de condução (raquianestesia, peridural ou combinada).

- Não fazer revisão da cavidade uterina rotineira (exploração manual ou curagem), somente quando presente sangramento inexplicável.” (MARIANI NETTO; TADINI, 2002, p.113).

“Não há dados sugestivos de que, quando o segundo estágio do trabalho de parto está progredindo e as condições da mãe e do feto são satisfatórias, esteja justificada a imposição de qualquer limite arbitrário para a sua duração. Esses limites devem ser desprezados.” (GRANDO, 2006, p.566).

Identificamos que, nos manuais que compõem essa categoria, as indicações de uso de intervenções seguem roteiros mais flexíveis, onde o que se considera como parto seguro parte de uma postura que atenta para a necessidade de observação da maneira como cada parto está acontecendo. Nesse caso, o uso de intervenção de forma rotineira, ao invés de trazer maior segurança para a mulher e para o bebê, pode, ao contrário, significar mais riscos.

Observando esses diferentes formatos de assistência, identificamos que a partir do entendimento do que cada um dos manuais apresenta a respeito do que é um parto e das circunstâncias que estão associadas ao seu desenvolvimento, o desenho de assistência a ser indicado e os procedimentos a serem seguidos sofrem alteração. Se o parto é tido como um evento de risco iminente, mais intervencionista será a sua assistência.

Contudo, apesar das diferenças entre esses diferentes formatos, encontramos como ponto de confluência entre eles o argumento de que ao se optar por um determinado desenho de assistência deve-se priorizar a segurança. Segurança esta que é entendida como atuar de forma que a vida e o bem-estar do binômio materno fetal devem ser preservados e garantidos.

5.4 - Relação entre modelos assistenciais e os núcleos de produção de manuais

Uma vez identificados os manuais, de acordo com as categorias expostas no item anterior, fomos verificar a existência ou não de um padrão de manuais produzidos por cada núcleo identificado no Capítulo 4.

Para tanto, fizemos o agrupamento dos manuais de acordo com os núcleos os quais seus autores foram associados e a partir desse agrupamento identificamos que:

1. Os manuais escritos por autores que compõem o Núcleo 1, do estado de São Paulo, pertencem, majoritariamente, a subcategoria “manejo ativo condicional”, com exceção de um deles que se inclui na categoria “expectante”.

Manuais publicados por autores / editores / coordenadores do Núcleo 1 (SP)	
Assistência ao parto e tocurgia: manual de orientação	Camano, Luiz; Souza, Eduardo de
Guias de Obstetrícia	Camano, Luiz; Souza, Eduardo de; Sass, Nelson; Mattar, Rosiane
Obstetrícia	Moron AF, Camano L, Kulay Júnior L
Obstetrícia & Ginecologia - Manual para o residente	Mariani Neto, Corintio; Tadini, Valdir
Obstetrícia básica	Neme, Bussamara
Obstetrícia normal Briquet	Delascio, Domingos; Guariento, Antonio
Protocolos assistenciais, Clínica Obstétrica, FMUSP	Zugaib, Marcelo; Bittar, Roberto Eduardo
Tratado de obstetrícia, FEBRASGO	Benzecry, Roberto
Zugaib Obstetrícia	Zugaib, Marcelo

Figura 5.2 – Grupo de manuais publicados por autores do Núcleo 1 (SP)

Fonte: Elaboração própria

2. Os manuais cujos autores se apresentam vinculados ao Núcleo 2, do estado de Minas Gerais, ambos são da categoria de manejo ativo, sendo um da subcategoria “manejo ativo a priori” e o outro da subcategoria “manejo ativo condicional.

Manuais publicados por autores / editores / coordenadores do Núcleo 2 (MG)	
Noções práticas de obstetrícia	Corrêa, Mário Dias
Obstetrícia	Cabral, Antônio Carlos Vieira

Figura 5.3 – Grupo de manuais publicados por autores do Núcleo 2 (MG)

Fonte: Elaboração própria

3. Os manuais associados ao Núcleo 3, do estado do Rio de Janeiro, não apresentaram uma predominância de uma categoria de forma acentuada, foram: quatro deles da categoria “expectante” e quatro da categoria “manejo ativo”. Contudo, quando observamos as subcategorias encontramos três da subcategoria “manejo ativo a priori” e um da

subcategoria “manejo ativo condicional, apontando para uma linha intervencionista mais acentuada.

Manuais publicados por autores / editores / coordenadores do Núcleo 3 (RJ)	
Manual de condutas em obstetrícia	Chaves Netto, Hermógenes; Sá, Renato Augusto Moreira de; Oliveira, Cristiane Alves de
Obstetrícia	Rezende, Jorge de
Obstetrícia	Barros, Dirceu Neves de; Lins, Fernando Estelita; Galhardo, José
Obstetrícia básica	Chaves Netto, Hermógenes; Sá, Renato Augusto Moreira de
Obstetrícia Fundamental	Rezende, Jorge de; Montenegro, Carlos Antonio Barbosa
Obstetrícia normal e patológica.	Barbosa, Luiz Aguirre Horta
Obstetrícia prática	Barbosa, Luiz Aguirre Horta
Obstetrícia: texto básico para estudantes de medicina	Grelle, Francisco C.; Amaral, Luiz Beethoven D

Figura 5.4 – Grupo de manuais publicados por autores do Núcleo 3 (RJ)
Fonte: Elaboração própria

4. O Núcleo 4, do estado da Paraíba, se apresenta com um manual na subcategoria “manejo ativo condicional”.

Manuais publicados por autores / editores / coordenadores do Núcleo 4 (PB)	
Obstetrícia protocolos de diagnóstico e tratamento	Mendonça, Delosmar

Figura 5.5 – Grupo de manuais publicados por autores do Grupo 4 – Núcleo do estado da Paraíba
Fonte: Elaboração própria

5. Os dois manuais associados ao Núcleo 5, estado do Rio Grande do Sul, se encaixam na subcategoria “manejo ativo condicional”.

Manuais publicados por autores / editores / coordenadores do Núcleo 5 (RS)	
Rotinas em obstetrícia	Freitas, Fernando; Martins-Costa, Sérgio H.; Ramos, José Geraldo Lopes; Magalhães, José Antônio.
Condutas em Clínica Obstétrica	Madi, José Mauro; Rombaldi, Renato Luis; Tessari, Dilma Maria

Figura 5.6 – Grupo de manuais publicados por autores do Núcleo 5 (RS)
Fonte: Elaboração própria

6. O Núcleo 6, do estado de Goiás, se apresenta com um manual da categoria “manejo ativo condicional”.

Manuais publicados por autores / editores / coordenadores do Núcleo 6 (GO)	
Condutas em obstetrícia	Viggiano, Mauricio Guilherme Campos

Figura 5.7 – Grupo de manuais publicados por autores do Núcleo 6 (GO)
Fonte: Elaboração própria

7. Os dois manuais que compõem o Núcleo 7, estado de Pernambuco, ambos são da categoria “manejo ativo”, sendo um da subcategoria “manejo ativo a priori” e outro da subcategoria “manejo ativo condicional”.

Manuais publicados por autores / editores / coordenadores do Núcleo 7 (PE)	
Obstetrícia	Falcone, Iremar
Obstetrícia diagnóstico e tratamento	Santos, Luiz Carlos et al.

Figura 5.8 – Grupo de manuais publicados por autores do Núcleo 7 (PE)
Fonte: Elaboração própria

8. O Núcleo 8, do estado de Santa Catarina, apresentou um manual da categoria “expectante”.

Manuais publicados por autores / editores / coordenadores do Núcleo 8 (SC)	
Manual de terapêutica: Ginecologia e obstetrícia	Grando, Leisa Beatriz

Figura 5.9 – Grupo de manuais publicados por autores do Núcleo 8 (SC)

Fonte: Elaboração própria

9. Composto o Núcleo 9, dos Estados Unidos da América, encontramos um predomínio de manuais dentro da categoria “expectante”, sete manuais. Na categoria “manejo ativo” foram cinco manuais: quatro manuais de “manejo ativo condicional” e um de “manejo ativo a priori”.

Manuais publicados por autores / editores / coordenadores do Núcleo 9 (EUA)	
Compêndio de obstetrícia e ginecologia	Norwitz, Errol R.; Schorge, John O
Diagnóstico e tratamento em obstetrícia e ginecologia	Benson, Ralph Criswell
Fundamentos de ginecologia e obstetrícia	Hacker, Neville F.; Moore, J. George.
Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins	Bankowski, Brandon J. et al.
Manual de obstetrícia	Ellis, Jeffrey W.; Beckmann, Charles R. B.
Manual de obstetrícia	Evans, Arthur T.
Manual de obstetrícia de Williams	Leveno, Kenneth J.; Cunninham, F. Gary; Gant, Norman F.; Alexander, James M.; Bloom, Steven L.; Casey, Brian M.; Dashe, Jodi S.; Sheffield, Jeanne S.; Yost, Nicole P.
Manual de obstetrícia e ginecologia	Benson, Ralph Criswell
Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento	Niswander, Kenneth R; Evans, Arthur T
Obstetrícia e ginecologia: diagnóstico e tratamento	DeCherney, Alan H; Nathan Lauren
Obstetrícia gestações normais & patológicas	Gabbe, Steven G.; Niebyl, Jennifer R.; Simpson, Joe Leigh; Araújo, Cláudia Lúcia Caetano de
Williams obstetrícia	Cunningham, F. Gary; MacDonald, Paul C.; Gant, Norman F.; Leveno, Kenneth J.; Gilstrap, Larry C.; Hankins, Gary D.; Clark, Steven L.

Figura 5.10 – Grupo de manuais publicados por autores do Núcleo 9 (EUA)

Fonte: Elaboração própria

A análise do conjunto dos grupos nos relevou que houve predomínio de publicação de manuais da categoria “manejo ativo”, que se configura como uma categoria de cunho mais intervencionista, enquanto nos manuais do Grupo 9 - Núcleo dos Estados Unidos da América - a predominância foi de manuais da categoria “expectante”^{XLVI}.

Contudo, o resultado que consideramos como mais relevante nessa análise é a constatação de que, quando observamos os manuais cuja publicação original é brasileira, e que constitui a maior parte dos manuais encontrados (somam o número de vinte e seis dos trinta e oito títulos), a marca dessa produção mostra-se, de forma acentuada, intervencionista já que vinte manuais são pertencentes à categoria “manejo ativo” (quinze manuais da subcategoria “manejo ativo condicional”, cinco da subcategoria “manejo ativo a priori”), enquanto a categoria “expectante” fechou em seis manuais.

Constatamos, também, que os manuais que indicam a intervenção para todos os tipos de parto se apresentam em número bem próximo aos que indicam um cuidado expectante, ou seja, que os dois formatos opostos aparecem, praticamente, em mesmo grau de frequência.

Desta forma, vemos correspondência com os resultados de pesquisas e estudos sobre a assistência ao parto no Brasil como sendo uma assistência com o predomínio do uso de intervenções, por vezes utilizadas de forma rotineira e desnecessária.

^{XLVI} Ressaltando que esse achado se refere aos manuais traduzidos para língua portuguesa, o que não nos permite concluir que essa seja uma marca da totalidade de manuais que são produzidos nos EUA.

Capítulo 6 – Estratégias de segurança: o espaço, o roteiro e as intervenções e os atores que compõem a cena do parto

Uma vez identificadas as bases que sustentam cada categoria de manuais e o perfil de produção de cada núcleo identificado, analisaremos neste capítulo quais cuidados e desenhos de assistência são recomendados em cada uma das categorias. Como esclarecemos na sessão referente a metodologia, para esta fase, optamos pela realização de uma análise por amostra fechada composta de dezesseis manuais a fim de torná-la mais exequível.

Dentre os aspectos analisados, encontram-se os procedimentos que são adotados com a pretensão de eliminar os riscos e garantir a segurança do parto: o local onde deve ser realizado, a adoção de um roteiro assistencial composto pela indicação da postura que o obstetra deve assumir e de quais medidas e procedimentos devem ser adotados. Pretendemos, também, identificar quais são os atores que compõem a cena do parto e de que forma eles atuam durante o processo em meio as recomendações que compõem o modelo assistencial de caráter securitário.

Partimos do argumento de que os modelos de assistência encontrados nos manuais têm correspondência com as práticas obstétricas que têm sido descritas e, por vezes, criticadas pelas pesquisas e literatura que analisam a assistência ao parto no Brasil. Compreendendo, ainda, que essas práticas trazem implicações diretas sobre a forma como se desenvolvem as relações entre os atores que compõem ou não a cena do parto.

6.1 – O local de realização do parto

No Brasil, desde os anos de 1930, a tendência de pensar o espaço do parto como um espaço que atenda ao anseio pela segurança tem sido cada vez mais recorrente. O número de partos realizados por médicos começou a aumentar, e a recomendação da maternidade como o espaço ideal e seguro para sua realização passou a ser feita pelos próprios médicos, de forma cada vez mais enfática. A partir de meados do século passado, esse processo se ampliou com um significativo aumento do número de hospitais, casas de saúde e maternidades, e o parto hospitalar passou a ser visto como modelo de civilização (MARTINS, 2004; MOTT, 2002; SILVA et al., 2019).

Nos manuais analisados, a defesa do hospital como o lugar ideal e mais seguro para a realização dos partos foi praticamente uma unanimidade, demonstrando a persistência deste modelo hospitalocêntrico. Raros foram os casos em que essa defesa do hospital como o lugar do parto veio acompanhada de discussões sobre outros espaços de parto, tais como: casas de parto e centros de parto normal, partos em domicílio, e locais dentro do hospital, mas fora do centro cirúrgico. Embora pouco recorrentes, estes posicionamentos acabaram por dar visibilidade a existência de discussões em torno da promoção de uma melhor ambiência onde, além da segurança, esse espaço pudesse ser um lugar de acolhimento, um lugar agradável contribuindo positivamente para a evolução do trabalho de parto. Contudo, a discussão sobre esses espaços evidenciaria a existência de disputas dentro do campo profissional da saúde, demonstrando conflitos para além de uma discussão sobre o próprio espaço.

Casas de parto e centros de parto normal

A realização de partos em casas de parto - CP e de centros de parto normal – CPN - foi uma modalidade fortemente contestada por manuais da categoria manejo

ativo. Em “Obstetrícia básica” (NEME, 2005), por exemplo, diz que não se justifica a construção de CP em locais onde se tenham Hospitais-Maternidades. Assume uma posição de que mesmo entre as parturientes de menor risco e que forem assistidas por “obstetrias de boa formação”, a presença do médico e a assistência em hospitais seriam necessárias porque poderiam ocorrer complicações.

Para embasamento deste posicionamento, Neme faz referência a um trabalho de Holts e cols., de 2001, onde se verifica que entre 638 partos em pacientes com gestação entre 35-40 semanas realizados por obstetrias em unidade não hospitalar “apenas” 69% foi exitoso. Afirma também que em outro trabalho, realizado na Noruega a partir de consulta a registro de nascimento entre 1967-1996, foi encontrada uma maior morbiletalidade perinatal em hospitais pequenos e pobres de recursos, quando comparados com maternidades modelo.

“(…) Entre nós, a Febrasgo, embora reconhecendo o mérito das obstetrias, recomenda que o parto seja hospitalar. É ato médico e para sua segura assistência impõe-se a presença de equipe multiprofissional: tocólogo, auxiliar, anestesista, neonatólogo e enfermeira obstétrica” (NEME, 2005, p.165).

Posicionamento semelhante foi encontrado em “Obstetrícia” (REZENDE, 2005) onde as CP são apresentadas como um retrocesso no que tange aos cuidados a serem dispensados aos partos. O autor qualifica a assistência promovida na CP como uma assistência marcada pela dor, sem o aparelhamento necessário para garantir a vida da mãe e do bebê. Segundo ele, a realização de partos nesses ambientes seria resultado de uma posição autoritária do Ministério da Saúde que estaria priorizando a diminuição de custos e a diminuição das taxas de cesárea a qualquer custo, como parte de uma proposta de “humanização” do parto.

“Eis que os sábios brasileiros do Ministério da Saúde, tocólogos de fabricação caseira, por si mesmos credenciados, translumbrados, propõem agora, e de modo autoritário, seja o nascimento *humanizado*, as casas do parto, a interferência das parteiras, postos em relevo. **Humanizar** o parto tornando-o doloroso, sem analgesia, entregue a sua sorte, em ambientes desaparelhados, seria apenas estarrecedor não fora uma irrisão.

Derrogar o que foi atingido na assistência do parto (monitorando-o, sedando-o, abreviando-o, protegendo o conceito, rastreando-lhe o comportamento no claustro uterino, surpreendendo-lhe o sofrimento para acudi-lo, com oportunidade, no ato tocúrgico indicado) nada importa ante a idéia fixa de reduzir a incidência de cesarianas, que vige em muitos países, tendo em vista um fator subalterno – o econômico – sem particularizar as peculiaridades das condições brasileiras; é inaceitável para profissionais de boa linhagem” (REZENDE, 2005, p.341, grifo do autor).

Na edição de 2010 do mesmo manual, edição assinada por Montenegro e Rezende Filho, após a morte de Rezende em 2006, a posição contrária a instalação de CP e de CPN foi mantida. Eles afirmam que os cuidados realizados nesses locais deveriam ser considerados como uma subassistência e um ato de irresponsabilidade. Declaram ainda que o discurso de partos de baixo risco se constitui uma falácia e fecha questão de que a assistência deve ser prestada por profissionais que tenham formação para atuar em todos os casos de complicações que possam vir a ocorrer. A diferença em relação à edição anterior é que foram suprimidos os comentários de acusação ao Ministério da Saúde.

“São razões mais que suficientes para que, de uma vez por todas, se encerre o debate estéril. A assistência prestada às parturientes deve ser dispensada por profissionais especializados versados em Tocologia, treinados em Serviços Obstétricos e aptos a atuar em todas as complicações decorrentes da assistência obstétrica. O epíteto de “gestação não complicada” e a falácia do “parto de baixo-risco” têm servido de pano de fundo para que profissionais não capacitados atendam grávidas neste delicado momento de suas vidas – a parturição. O clímax deste cenário tem sido as malfadadas casas de parto (Centros de Parto Normal), já instaladas em diversos Estados da Federação e que têm funcionado sem a presença de médicos, quer obstetras, quer neonatologista ou anestesistas. Despeito do Conselho Federal de Medicina e das associações médicas refutarem este modelo de subassistência médica, ele é hoje correntio. Considerando que a assistência ao ciclo grávido-puerperal é evento dinâmico, exigindo vigilância permanente em virtude de situações emergenciais que podem surgir durante o trabalho de parto, envolvendo o binômio materno-fetal e exigindo procedimentos médicos complexos imediatos, contestamos esta corrente irresponsável e relembramos Fernando Magalhães para findar o assunto: “Obstetrícia não é Ciência de prognóstico, senão a Arte de diagnósticos sucessivos”.

Ingressando em maternidade, receberão as parturientes, e desde logo,

cuidados específicos que constituirão, no seu conjunto, a assistência ao parto” (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010, p.247).

A discussão sobre a criação das CP e dos CPN pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - é relativamente recente, uma vez que a portaria que trata dessa questão é publicada no ano de 1999 (BRASIL, 1999). Desta forma, seria somente a partir dos anos 2000 que apareceriam os trabalhos que analisam as repercussões sobre a utilização desses espaços como local de parto.

Davim e Menezes (2001), por exemplo, ressaltam os benefícios de se resguardar o processo de nascimento “normal” e que privilegie o bem-estar da mãe e do bebê. Nesse sentido, a possibilidade de que o parto possa ocorrer em locais que se assemelhem ao ambiente familiar, com a presença do acompanhante e onde a mulher tenha o direito de escolher o que considera como melhor posição para o parto, podem contribuir para a diminuição do uso de medicamentos e intervenções durante o evento (DAVIM; MENEZES, 2001).

Com uma abordagem mais específica sobre a implantação de CPs, Pereira e Moura (2009), concentram suas análises na implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho, no ano de 2004, no Rio de Janeiro. A CP funcionaria como unidade de saúde aberta 24 horas, se tornando mais uma opção de assistência a gestante de baixo risco, atuando em parceria com uma maternidade de referência e com outras unidades de saúde; como forma de promoção da melhoria da assistência obstétrica e perinatal. Contudo, sua implantação revelaria a forte tensão entre segmentos favoráveis à CP - representados pelo Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e as enfermeiras obstétricas, que seriam as profissionais responsáveis pelo atendimento prestado na CP - e os segmentos contrários ao seu funcionamento: “Os segmentos contrários foram representados, sobretudo, pelas corporações médicas,

como o Conselho Regional de Medicina (CREMERJ), o Sindicato dos Médicos e Sociedades de especialistas médicos da área obstétrica e perinatal do Rio de Janeiro” (PEREIRA; MOURA, 2009, p.873).

Desta forma, pelas posições encontradas nos manuais ratificadas pelos estudos que envolvem a implementação das CP ou dos CPN, podemos inferir que a discussão sobre o local de realização do parto traz em si outras discussões subjacentes como, por exemplo, a que diz respeito à concorrência interprofissional.

Cumprido destacar que embora a discussão em torno das CPs e dos CPNs sejam recentes, não é recente a reflexão sobre a necessidade de que o local do parto, além de ser um local seguro também seja um local agradável e acolhedor. Ao mesmo tempo em que o hospital se consolida como o local de assistência ao parto, surgem trabalhos que desenvolvem uma reflexão crítica sobre esse ambiente. Compondo o rol desses trabalhos poderíamos citar o de Michel Odent, no livro “O Renascimento do Parto” (1984) onde destaca que um ambiente afetivo que permita a privacidade e o silêncio, permite o contato da mulher consigo mesma, o que por sua vez contribui para que o parto transcorra de forma favorável; ou ainda as discussões suscitadas pela OMS que culminam com a publicação da Carta de Fortaleza em 1985, em que afirma que seja respeitada a escolha da mãe sobre o local de parto, após ter recebido as informações necessárias (MACEDO et al., 2005; ROCHA; NOVAES, 2010; WHO, 1985).

Nos manuais da categoria expectante não foram encontradas discussões em torno das casas de parto ou dos centros de partos normais. No que tange ao local de parto, são discutidos o local do parto dentro do hospital e o parto domiciliar, como veremos nos itens a seguir.

Parto domiciliar

Exemplos de posicionamentos contrários à realização de parto domiciliar foram encontrados entre manuais da categoria de manejo ativo, sob a alegação de que esse tipo de parto expõe tanto a mãe quanto o bebê a uma situação de grande risco, porque o parto por si só é imprevisível e sujeito a situações adversas. Além disso, eles consideram que uma vez que o espaço domiciliar não dispõe de todos os equipamentos e recursos necessários para fazer frente a essas situações adversas, acabam por impedir que a obstetrícia possa cumprir seus objetivos básicos que seriam o de dar o suporte, com razoável segurança, ao binômio materno-fetal (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; NEME, 2005).

“É desaconselhável a assistência ao parto em domicílio. Aleatória, cheia de riscos iminentes, incapaz de preencher, por falta de recursos imediatos, os objetivos básicos da Obstetrícia: amparar, com razoável segurança a vida materna e a do concepto. Os cuidados reclamados hoje pela parturiente só podem ser prestados em Maternidades bem organizadas, com aparelhamentos modernos, nas quais seja possível resolver, com urgência extremada, distócias e acidentes, amiúde interpostos na caprichosa evolução dos casos obstétricos. Muitas mulheres dão ainda à luz em suas residências, para isso concorrendo a falta de assistência obstétrica e de hospitais, em cidades pequenas e povoados afastados, o preço elevado que onera as internações e o desejo manifestado por algumas gestantes de em casa permanecerem, não se afastando das lides domésticas e da direção do lar” (REZENDE, 1982, p 301).

Outro ponto a ser destacado é que muito embora, como na citação acima, se reconheça que a realização de partos em domicílio, em alguns casos, estaria associada a falta de uma rede hospitalar bem constituída e que estes partos acabam por ocorrer em domicílio por falta de opção, não foram encontrados, dentro dessa categoria, manuais que orientassem como proceder diante de uma necessidade de sua realização.

Já entre os manuais da categoria expectante, embora o hospital também seja apresentado como local mais apropriado para a realização do parto, não encontramos expressões contundentes marcando posições contrárias à realização de partos em

domicílio. Em um dos manuais da categoria expectante, encontramos explicações detalhadas de como proceder em casos em que a ida para o hospital não seja possível: quais utensílios utilizar, preparação de água, preparação do leito, da posição da parturiente na cama, esterilização de materiais. Esse manual destaca que essas orientações não são dirigidas a partos em domicílio realizados por livre escolha da gestante e da família, mas se referem aos casos de partos em domicílio realizados em locais desprovidos de uma rede hospitalar capaz de atender às necessidades das gestantes da região: “Este capítulo foi conservado prevendo possa ser útil aos colegas que clinicam em locais desprovidos de recursos, bem como a obstetrites e enfermeiras” (BARBOSA, 1988, p.539). (**Nota de rodapé**)

Partos em quarto PPP

Sobre o local que deveria ser destinado a realização do parto, dentro do hospital, também foram encontradas algumas variações entre as categorias de manuais. Na categoria expectante, encontramos em dois manuais a indicação de que os partos poderiam ser realizados em quartos hospitalares e não somente em centros obstétricos. O “Manual de Obstetrícia” (EVANS, 2010) faz referência à sala de parto, o “Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins” (BANKOWSKI et al., 2006) indica a possibilidade de que o parto ocorra em um quarto e o “Manual de Terapêutica: ecologia e obstetrícia” (GRANDO, 2006) que aponta para uma tendência de utilização de quartos de modelo PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato). Grandó (2006) reconhece que essa proposta seria resultado dos movimentos de humanização, que teriam provocado uma ressignificação da experiência de parir, se tornando inspiração para a construção de quartos desse modelo PPP.

Na categoria manejo ativo, foi encontrado um caso que, a princípio, admitia uma modificação do ambiente hospitalar como forma de atender ao desejo de mulheres por um ambiente mais acolhedor. Para este manual, o “parto doméstico” até seria “emocionalmente mais satisfatório”, mas ele argumenta que esta modalidade seria insegura diante das emergências e complicações obstétricas que estariam sujeitas a acontecer (NISWANDER, 1984). Diante desse impasse, o manual apresentava como alternativa o que ele chamou de “unidades de parto doméstico em ambiente hospitalar”, citando como exemplo o “*Homestyle Birthing Room*”, existente no Sacramento Medical Center da Universidade da Califórnia, no campus da cidade de Davis. Nessas unidades, desde a gravidez, “as pacientes” de baixo risco, que possuíssem interesse nesse modelo assistencial, seriam acompanhadas por uma parteira diplomada sob a supervisão de um obstetra. Nesse espaço seria permitido o armazenamento de uma pequena quantidade de analgesia, e em casos de ocorrência de alguma anormalidade a paciente seria transferida para a unidade “obstétrica rotineira” (NISWANDER, 1984).

“Quando um trabalho de parto começa, a paciente é internada no Homestyle Birthing Room que está localizado próximo, mas separado, do setor de partos. A sala é equipada com uma cama ampla, um banheiro e chuveiro, e o equipamento básico necessário para o parto e os cuidados do neonato normal. Depois do parto pela parteira, as pacientes despendem neste quarto 12 horas com seu filho durante o período pós-parto. Um membro da equipe pediátrica examina a dá alta à criança.”(NISWANDER, 1984, p.382).

Contudo, o manual sofreria algumas modificações quando comparado com a sua edição de 1994 e o trecho citado acima, que era parte do item nomeado “Métodos alternativos de partos”, foi totalmente suprimido. Desta forma, não restou nenhum exemplo, entre as categorias manejo ativo, de parto hospitalar sendo realizado fora do

centro obstétrico, apesar de ter sido descrito que esse centro obstétrico seria um ambiente nada acolhedor (CORRÊA et al., 2011).

6.2 – Proposições de uma roteirização dos cuidados

O desenho de cuidado desenvolvido pelos manuais indica que a apresentação do hospital como o local ideal e mais seguro para a prestação da assistência por si só não foi considerado como o suficiente para garantir um desfecho desejável do processo de parturição. Nesse sentido, observamos então a inclusão de mais um componente nesse cuidado medicalizado que diz respeito à construção de normas para serem seguidas no decorrer do processo de assistência ao parto.

Esse processo de construção de uma rotina “ideal” para o parto hospitalar foi estudado por Silva et al. (2019) e indica a existência de uma relação entre o estabelecimento dessa rotina e o desejo de que o obstetra assuma uma posição de condutor do processo fisiológico da parturição, se consolidando como a figura profissional mais habilitada a prevenir os riscos do parto.

“Com a consolidação da assistência ao parto como atividade médica, assim como a sua realização em ambiente hospitalar, abre-se uma nova etapa nos debates: a busca pela construção de uma roteirização da assistência ao parto, de um ‘parto ideal’. Parto médico, parto dirigido, parto conduzido e parto auxiliado se configuraram como processos de sistematização da parturição, e foi nesse percurso de disputa entre os conceitos que percebemos não só a busca por uma demarcação da atuação do obstetra brasileiro, mas também de um estilo próprio de pensar a assistência ao parto” (SILVA et al., 2019, p.183).

Esse tipo de abordagem identificada por Silva et al (2019) ao analisarem periódicos científicos brasileiros da área da obstetrícia, publicados entre os anos 1930 e 1970, foi também encontrada nos manuais de obstetrícia analisados, publicados entre 1980 e 2011.

Sobre esse diálogo entre esses dois tipos de produção, o da “ciência dos periódicos” e o da “ciência dos manuais”, esclarecemos que dizer que os manuais incorporaram o estilo de pensamento trazido pelos periódicos não significa afirmar que esse processo tenha ocorrido de forma direta e integral. Pois, segundo Fleck (2010), essa incorporação passa pelo crivo dos especialistas, num processo que envolve discussões, negociações e concessões, a partir do qual se decide o que deve ser considerado como fundamental e o que será descartado. Outro aspecto, que também deve ser considerado nesse processo decisório diz respeito ao poder que cada um desses especialistas possui dentro do campo e que lhes permite influenciar e determinar qual conhecimento será legitimado.

Assim entendendo, voltamos a dialogar com as análises de Silva et al (2019) que conclui que, na segunda metade do século XX, quando o parto hospitalar se consolida como o lugar do parto, as discussões que irão perdurar serão aquelas que se referem a definição de qual seria “o melhor roteiro para o ‘parto ideal’” (SILVA et al., 2019, p.183).

Nesse sentido, foi perceptível que, de acordo com a base teórica defendida pelos manuais, essa roteirização apresentou algumas variações sobre: (1) o uso ou não de intervenções, (2) em que casos elas se aplicam e (3) sobre qual seria o momento mais propício de utilizá-las. Percebemos, ainda, que nesse processo de construção do roteiro encontramos, de forma recorrente, duas premissas sendo tomadas como base para o plano de ação que seria construído pelo obstetra.

Uma delas foi o entendimento trazido por esses manuais de que o processo de parturição pode ser segmentado, ou seja, de que o parto pode ser subdividido em estágios, períodos ou fases clínicas. Essa divisão estaria composta por três estágios centrais:

1º estágio – do início do trabalho de parto até a dilatação cervical completa. Por vezes, ele foi apresentado subdivido em fase latente e fase ativa – Dilatação.

2º estágio – entre a dilatação completa e a saída do bebê - Expulsão.

3º estágio – do nascimento até a saída da placenta – Secundamento ou Dequitação.

Em alguns manuais, a esses 3 estágios centrais foram incluídos outros dois estágios, um deles seria o prodômico ou pré-parto e outro ao final, 4º período, que seria a hora seguinte à expulsão da placenta.

Segundo Martin (2006), essa forma de apresentação do parto em movimentos e processos subdivididos estaria relacionada a um pensamento metafórico que associa o corpo da mulher a uma máquina, e assim sendo estaria sujeito a disfunções que por sua vez acabariam por gerar necessidades de acertos e uso de ferramentas.

Nesse caso, o médico estaria associado ao mecânico, que se apresenta como o responsável, o supervisor e, por vezes, até mesmo o dono da sua condução. Posição que também expressaria controle do médico sobre a gestante (MARTIN, 2006).

Todavia, ao atentarmos para as diferentes categorias de manuais foi possível perceber que esse controle, poder e imposição foram sendo reforçados ao longo de outras recomendações apresentadas, com destaque para a categoria de manejo ativo, enquanto aqueles pertencentes à categoria expectante adotaram uma postura de diluição destas imposições apontando que existiriam outros modelos de cuidados.

A outra premissa identificada foi o entendimento de que cada estágio do parto possui um tempo de duração, e que esse tempo é um indicativo se o parto é normal ou não. Em que se verifica como a abordagem biomédica é fortemente pautada na definição de parâmetros do que deve ser considerado normal e patológico nesses processos de parturição (CHACHAM, 2012).

Entre os manuais da categoria manejo ativo, encontramos a seguinte variação considerando os três estágios centrais:

1º estágio – nulíparas entre 8 e 15 horas e entre as multíparas entre 6 e 12 horas.

2º estágio – entre poucos minutos até 2 horas, sem fazer distinção entre nulíparas e multíparas.

3º estágio – até 30 min, sem fazer distinção entre nulíparas e multíparas.

Em relação à variação encontrada na categoria expectante teremos:

1º estágio – nulíparas entre 6 e 18 horas e entre as multíparas entre 2 e 10 horas.

2º estágio – nulíparas entre 30 min e 6 horas e entre as multíparas entre 5 min e 2 horas.

3º estágio – entre 0 e 30 min, sem fazer distinção entre nulíparas e multíparas.

Observamos então que, com relação a duração do parto, existe uma significativa diferença entre as categorias quando comparamos o 2º estágio, onde no manejo ativo se considera que a partir de 2 horas o parto é classificado como parto prolongado, enquanto na categoria expectante esse tempo se eleva até 6 horas nos casos de nulíparas.

Contudo, a diferença entre as categorias se revelaria mais acentuada quando analisamos a postura assumida pelo médico perante esse tempo de parto^{XLVII}. Entre as posturas encontradas, temos a assumida pelo “Manual de obstetrícia diagnóstico e tratamento” (NISWANDER; EVANS, 1994), um dos manuais que compõe a subcategoria manejo ativo a priori, que considera que o parto é uma função fisiológica normal, que através das contrações uterinas o feto é expelido. Contudo, ele ressalta que este parto deve ser conduzido pelo médico com o objetivo de conseguir que o intervalo entre o trabalho de parto e o parto progrida dentro de um período de tempo razoável e que evite qualquer comprometimento à mãe e ao feto. Esses autores argumentam que

^{XLVII} Ainda nesse capítulo também apontaremos as diferentes intervenções que seriam recomendadas nesse processo de cuidado.

“um trabalho de parto mais rápido é melhor do que um trabalho de parto espontâneo mais lento, tanto para o feto como para a mãe” (NISWANDER; EVANS, 1994, p.530).

Em “Obstetrícia” (REZENDE, 1982), também da subcategoria manejo ativo a priori, a mesma postura é defendida só que de forma mais enfática no sentido de intervir pela abreviação da duração do tempo do parto, propondo a modalidade de “parto dirigido” para todos os partos. Destaca que a postura expectante ou “puramente extrativa” seriam posturas da “obstetrícia clássica” e que não seriam mais adequadas. Para ele o desenvolvimento de novos conhecimentos por parte da “obstetrícia moderna” fez com que o obstetra passasse a intervir no processo do parto para que ele seja mais rápido e sem dor.

“Os modernos e seguros métodos empregados para o conhecimento da fisiopatologia da contração uterina, trouxeram **modificações acentuadas** à assistência do parto, e centralizaram atenções para os problemas da sua dinâmica. **O tocólogo, abandonou a atitude contemplativa, e intervindo mais vezes, empenha-se em suprimir ou atenuar os padecimentos de todos os partos, abreviando-os. No atendimento à parturiente praticamos o parto dirigido**, caracterizado quando houver qualquer participação do tocólogo, segundo as necessidades individuais e as peculiaridades do trabalho, objetivando encurtá-lo; sedar a paciente; preservar-lhe a estática pelvina; e proteger o feto.

É objetivo conseguir parto sempre mais rápido e indolor, sem os percalços dos trabalhos excessivamente céleres. Não se dispensam, também aqui, os préstimos de cuidados pré-natais, os mais rigorosos e apurados, preparando-se a gestante, física e psicologicamente, para a parturição. Deflagrada ela, a sua sedo-abreviação leva implícita grande responsabilidade profissional e requer obediência a certos preceitos, sem os quais não deve ser tentada: (...) (REZENDE, 1982, p.304-305, **grifo nosso**).

O manual indica ainda que na fase de dilatação a assistência ao parto seria complementada pelo uso de substâncias para sua aceleração associada a analgotocia^{XLVIII}. Em 2010, o manual suprimiu o item parto dirigido, mas a ideia de aceleração permanece, sendo mantidas as indicações de uso de substâncias para abreviação do processo.

Nessa mesma linha de abreviação de todo o processo de parturição encontra-se o

^{XLVIII} Uso de analgésico para alívio da dor.

“Obstetrícia” (FALCONE, 1983) que propõe a adoção do método nomeado de “Analgo Abreviação”.

“O método que adotamos há mais de 15 anos, denominamos de analgo-abreviação do parto. A justificativa reside no fato de utilizarmos substância barbitúrica em nível de analgesia durante todo o período de dilatação e somente na parte final do período expulsivo (quando indicamos a episiotomia) elevamos o gotejamento da substância barbitúrica a nível de dermatomo^{XLIX} desejado. Por outro lado procuramos substituir a denominação de aceleração por abreviação, tendo em vista que estima tudo feito aceleradamente, imperfeito” (FALCONE, 1983, p.33).

Indicação justificada por um entendimento de humanização do parto, como um processo que retira a dor e abrevia o tempo do parto.

“A Humanização do parto através da abolição da dor e redução do trabalho parturiente, constitui um imperativo obstétrico dos nossos dias” (FALCONE, 1983, p.31).

Nos manuais da subcategoria manejo ativo a priori não encontramos ressalvas quanto à possibilidade de que esse tempo pudesse ser flexibilizado dentro de um quadro que estivesse fluindo dentro de um processo mecânico e emocional em que a mulher e o feto estivessem bem.

Em relação aos manuais da subcategoria manejo ativo condicional, algumas diferenças já puderam ser encontradas quando comparadas à subcategoria anterior. Entre os manuais dessa subcategoria, a recomendação seria a de esperar até o tempo indicado no quadro de duração do trabalho de parto e, somente nos casos em que os partos ultrapassarem a linha limite estipulada, ele entraria na categoria prolongado e as intervenções e abreviações poderiam ser realizadas.

Na categoria expectante, a postura que o obstetra deveria assumir se mostrou bastante distinta quando comparada à categoria de manejo ativo, já que foram

^{XLIX} Nível de poder fazer a incisões.

encontradas várias ressalvas em relação a essa duração do parto. No “Manual de terapêutica: ecologia e obstetrícia” (GRANDO, 2006), ele recomenda que, se estiver tudo bem, não há justificativa para imposição de qualquer limite arbitrário para a sua duração. “Esses limites devem ser desprezados” (GRANDO, 2006, p.566).

Outro exemplo é o “Manual de Obstetrícia” (EVANS, 2010) que alerta sobre a existência de desvios aceitáveis quando se trata do tempo do parto.

“(…) Exceto no caso de parada complementa a dilatação ou da descida, o diagnóstico de anormalidade na fase ativa pode ser sutil e levar a intervenções inadequadas ou a falha no início da terapia adequada. Desde que o bem estar do feto esteja garantido e não haja comprometimento materno, a intervenção cirúrgica para o trabalho de parto prolongado não é indicada” (EVANS, 2010, p.30).

Compreendemos que tanto o estabelecimento dos estágios de parto quanto a determinação do seu tempo de duração são elementos que compõem o processo de constituição de uma roteirização que procura enquadrar o parto dentro de um determinado desenho da assistência que deve ser seguido.

Nesse processo de enquadramento, duas representações gráficas costumam ser usadas como parâmetros para determinar se a evolução do trabalho de parto está dentro do que é considerado normal ou anormal. Uma delas é a curva de dilatação de Friedman (com suas adaptações) que apresenta os períodos clínicos do parto e a curva de evolução ao longo das horas, marcando em qual momento a evolução passa de uma fase para outra.

Marcando mais uma diferença entre as categorias, verificamos que esse gráfico foi apresentado em mais da metade dos manuais da categoria de manejo ativo, o que nos indica um cuidado maior com o enquadramento em parâmetros pré-estabelecidos. Enquanto apenas dois manuais da categoria expectante apresentaram o gráfico de

Friedman, sendo que um deles o apresentou fora do capítulo de assistência, o que entendemos reflete uma postura de maior flexibilidade no trato da questão do tempo.

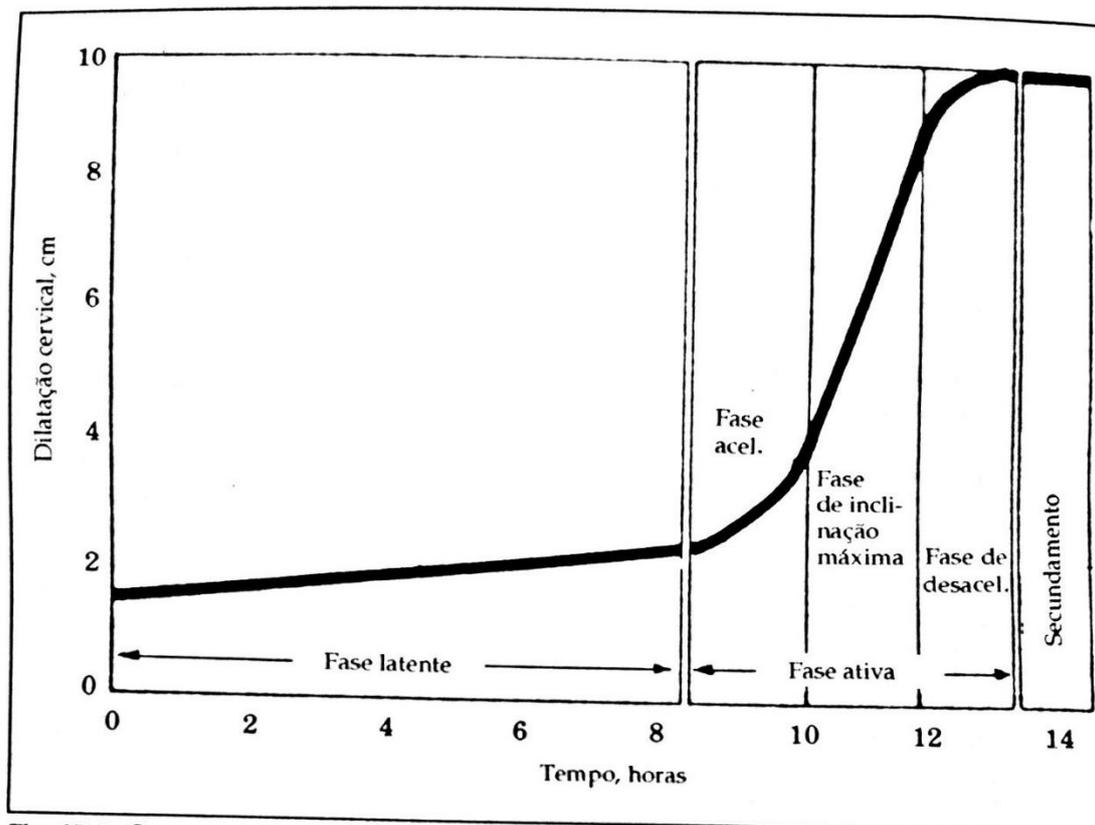


Fig. 27-9. Curva média de dilatação para o parto em nulíparas. (De E. A. Friedman, *Labor: Clinical Evaluation and Management* [2ª ed.]. New York: Appleton-Century-Crofts, 1978.)

Figura 6.1 – Gráfico da curva média de dilatação.
Fonte: Niswander, 1994, p.528.

O gráfico de Friedman mereceu considerações por parte de Martin (2006) no que tange à utilização de representações que acabam por obscurecer o parto como um evento complexo, em que o estabelecimento de curvas médias de evolução acaba por determinar aquilo que é prolongado ou não e o que se caracteriza como distúrbio. Desta forma, uma vez que o parto seja identificado como fora do padrão de normalidade, os manuais estabelecem procedimentos para o enfrentamento desse “distúrbio”, tais como a administração de medicamentos de sedação ou de estimulação, realização de exames

para identificação de causas, utilização de fórceps ou ainda indicação de cesariana (MARTIN, 2006).

Outro instrumento gráfico apresentado pelos manuais é o partograma. O partograma é um gráfico de acompanhamento da evolução do trabalho de parto, que foi construído a partir do trabalho de Friedman e que ao longo de sua utilização tem recebido alguns ajustes, com destaque para aqueles realizados pela Organização Mundial da Saúde¹.

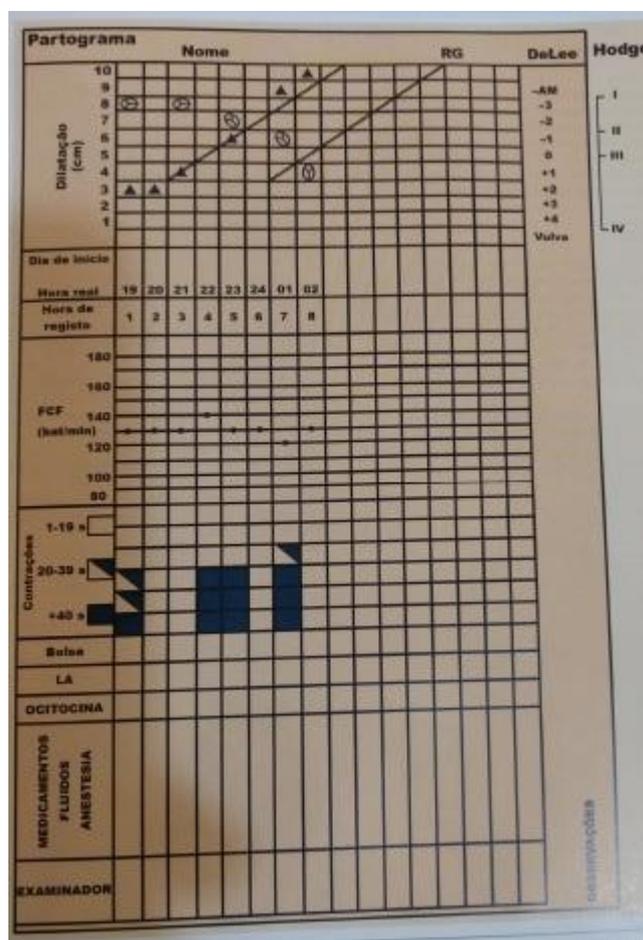


Figura 6.2 – Modelo da ficha do partograma, respectivas linhas de alerta e de ação e outros registros de interesse no acompanhamento do trabalho de parto.

Fonte: Ministério da Saúde apud Rezende, 2011, p.255.

¹ Entre os manuais selecionados ele foi encontrado em manuais maneja ativo a priori (CORRÊA et al., 2011; FREITAS et al., 2011; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010); Manejo ativo condicional (MADI et al., 2007)

Da mesma forma como aconteceu com o gráfico de Friedman, o partograma foi pouco mencionado na categoria expectante, apenas dois manuais entre os sete analisados o apresentaram. Um terceiro manual dessa categoria, apesar de não ter apresentado o partograma, recomendou o registro de frequência, intensidade e duração das contrações uterinas e sua relação com a frequência cardíaca do feto.

“(…) Todas as observações devem ser registradas apropriadamente. A frequência, a intensidade e a duração das contrações uterinas, e a resposta da frequência cardíaca fetal às contrações são de fundamental interesse. Tais aspectos podem ser avaliados imediatamente em seqüência lógica” (CUNNINGHAM et al., 2000, p.284).

Todavia, na categoria manejo ativo, ele foi referenciado com maior frequência, com destaque para a subcategoria de manejo ativo condicional em que encontramos maior ênfase sobre as questões relacionadas ao seu uso, sendo que em três deles foi dedicado um capítulo específico para o trato da temática. Entendemos que pela proposta de cuidado apresentada por essa subcategoria, que condiciona o uso de intervenções somente para os casos em que se classifique o parto como “prolongado”, o uso dessas representações gráficas se torna mais necessário para que se possa fazer o reconhecimento, o mais exato possível, do momento em que as intervenções devem ocorrer, a partir de um parâmetro preestabelecido para todos os tipos de parto.

Em “Conduitas em clínica obstétrica” (MADI et al., 2007), manual dessa subcategoria, os autores mostram de forma detalhada como eles entendem as vantagens associadas ao uso do partograma. Para eles, esse instrumento seria aplicável a todos os tipos de parto e ajudaria no reconhecimento das disfunções de forma precoce, impondo uma racionalidade, uma vez que através dos registros se torna possível visualizar como se delinea a sua evolução

“As sensações e os pensamentos, até certo ponto místicos em relação ao parto, foram substituídos por um quadro visual reproduzível” (MADI et al., 2007, p.273).

Sobre as vantagens relacionadas ao uso do partograma ele apresenta:

- Permite uma visão rápida e de fácil compreensão da evolução do primeiro período em relação ao tempo que está durando.
- Fica perceptível a ocorrência de uma anormalidade ou uma má conduta.
- Facilita a troca de informações nos casos de mudança de plantão.
- A monitorização gráfica é mais eficaz quando comparado a um acompanhamento através de palpação da contração uterina e da exploração vaginal ocasional sem registro gráfico.
- Pelo traçado da linha de alerta e linha de ação que são baseadas na dilatação cervical é possível identificar o momento apropriado caso haja necessidade de uso de ocitocina, de realização de uma amniotomia. E desta forma, se evitaria o uso abusivo e rotineiro da intervenção.
- Evita o parto prolongado e o parto disfuncional não será camuflado.
- Permite um diagnóstico precoce do parto disfuncional e a estimulação precoce através do uso da ocitocina, que contribuiria para a diminuição da incidência de cesarianas e melhora das condições maternas e neonatais no período final do parto.

Este manual é bastante enfático em afirmar que “[n]enhuma das pacientes cuja evolução da dilatação se situe à esquerda da linha de alerta deverá receber ocitocina” (MADI et al., 2007, p.275).

Se por um lado, a indicação do uso do partograma pode ser uma forma de limitar realização de intervenções, como encontramos em Madi et al. (2007), por outro lado a existência de uma linha de ação preestabelecida para todos os tipos de parto nos faz

questionar se essa aplicação generalizada não poderia se constituir em uma brecha que leve à adoção de medidas desnecessárias em partos que possuam outras dinâmicas e que fujam a este padrão necessitando de mais tempo para chegar ao seu término sem intervenção.

Uma vez apresentadas as questões relacionadas aos estágios de parto, sua duração e formas de realizar o seu acompanhamento, os manuais iniciam suas recomendações de como a assistência deve ser conduzida. Os manuais de todas as categorias indicam que depois da realização de exames iniciais e da confirmação de que a gestante se encontra em trabalho de parto, ela deve ser admitida no hospital. Uma vez admitida, o médico deve realizar uma anamnese mais detalhada que inclui perguntas sobre a gestação atual e quando for o caso de gestações anteriores, realização de alguns exames físicos e laboratoriais, e avaliação fetal.

De posse dos resultados, o médico forma a sua impressão clínica, estabelece a categoria de risco, decide sobre quais casos necessitam de procedimentos invasivos e constrói um “plano” para acompanhamento de parto: um “plano racional”, na expressão utilizada em “Willians Obstetrícia” (CUNNINGHAM et al., 2000); um “plano de manejo”, expressão utilizada em “Manual de obstetrícia” (EVANS, 2010); um “plano de conduta”, como nomeado no “Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento”(NISWANDER; EVANS, 1994) para o acompanhamento do trabalho de parto.

6.3 – Cuidados e intervenções

A reflexão sobre a assistência ao parto inclui a avaliação da segurança e efetividade do uso de intervenções, quais as intervenções são indicadas para uso ou não,

e em que momento elas devem ser utilizadas. Conforme apontam alguns estudos (DINIZ, 2001; MAIA, 2010; ROCHA; NOVAES, 2010; WHO, 1985) sobre boas práticas de cuidados tais como: posição da parturiente durante o trabalho de parto e parto, alívio não farmacológico da dor, ingestão de líquido e alimentação também podem contribuir para a melhoria da qualidade assistencial possibilitando que as mulheres vivam a experiência de forma mais prazerosa e com menos intervenções.

Posição da parturiente durante o trabalho de parto e parto

Entre as boas práticas assistenciais, está a indicação de que as mulheres devem ter liberdade de se movimentar durante o trabalho de parto e parto, uma vez que estudos científicos apontam que essa prática estaria associada a melhores desfechos e satisfação materna (DINIZ, 2001; MAIA, 2010; WHO, 1985; 2019). Além dessa movimentação durante o trabalho de parto, assumir posições verticalizadas durante o parto também trariam benefícios físicos e psicológicos para elas. Essas duas condutas aumentariam a percepção de controle do corpo por parte das mulheres, contribuindo para que elas se sintam mais fortalecidas e com mais autonomia. Estas práticas trariam a melhora na qualidade das contrações e evitaria efeitos adversos fisiológicos para mulher e o bebê que, por vezes, ocorrem quando se adota a posição supina. Acrescenta-se a esses benefícios a redução do tempo de dilatação, a diminuição da necessidade de realização de analgesia, e a diminuição de ocorrência de uma cesárea desnecessária (DINIZ, 2005; NIY et al., 2019).

Todavia, a implementação dessas práticas nos serviços tem encontrado resistência como pode ser observado nos indicadores brasileiros.

“(…), no Brasil menos de metade das mulheres se movimentam durante o trabalho de parto, e essa proporção é significativamente mais baixa no setor privado³. Em relação à posição para o parto, mais de 90% das mulheres dão à luz em litotomia (deitada de costas, com as pernas abertas e imobilizadas, uma posição considerada antifisiológica, dolorosa e potencialmente danosa), com poucas variações dessa proporção segundo região e características da parturiente” (NIY et al., 2019, p.3).

O resultado desses indicadores, demonstram que poucas mulheres se movimentam durante o trabalho de parto, e de que a posição de litotomia durante parto acontece de forma majoritária, encontra correspondência com as recomendações que encontramos em alguns manuais, conforme apresentamos a seguir.

Durante a evolução do trabalho de parto, ainda no período de dilatação, manuais da categoria expectante e da subcategoria manejo ativo condicional orientam que as gestantes se movimentem livremente durante o trabalho de parto e que tenham a possibilidade de encontrar as posições que consideram mais confortáveis. A deambulação deve ser estimulada pois ela contribuiria positivamente no processo de dilatação e na diminuição da dor, e nos casos em que a gestante opte pela posição em leito, a posição de decúbito lateral seria a mais indicada.

Em “Obstetrícia básica” (NEME, 2005), da subcategoria manejo ativo condicional, encontramos a recomendação de que a deambulação pode ser realizada enquanto as membranas estiverem íntegras e a cervicodilatação não ultrapassar os 8 cm, pois, na posição ortostática (posição em pé), a rotura da bolsa pode se seguir da dilatação completa e da rápida expulsão do feto, podendo provocar a sua queda, inclusive em vasos sanitários.

Contudo, entre os manuais da subcategoria manejo ativo a priori apenas um fez menção à posição da parturiente durante o período de dilatação, muito provavelmente porque após a admissão da gestante esses manuais já indicam a realização de intervenções que estimulam a aceleração do parto.

Em relação a posição da parturiente no período expulsivo, as recomendações encontradas nos manuais de manejo ativo vão na contramão do que tem sido indicado nos estudos que apontam para os benefícios das posições verticalizadas, já que a indicação mais frequente foi a posição de Laborie-Duncan. Não sendo encontradas diferenças de posicionamento entre as subcategorias.

Foram apresentadas como justificativa para essa indicação a alegação de que a posição facilitaria a saída do feto, ampliaria o estreito inferior e exporia o períneo e a fenda vulvar, de forma a facilitar a realização de episiotomia e a instrumentalização do parto, além de ser apresentada como a melhor posição para a atuação do obstetra.

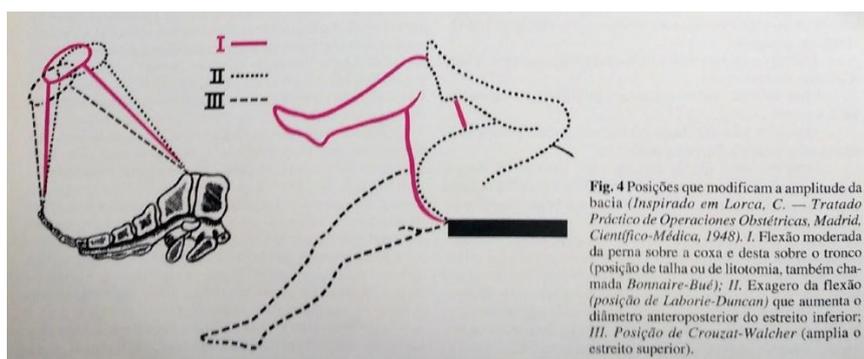


Figura 6.3 – Posições de decúbito dorsal e a sua relação com a amplitude da bacia.
Fonte: “Obstetrícia” (REZENDE, 2005, p.346).

Alguns manuais até mencionam a existência de situações de uso de posições mais verticalizadas, contudo eles fazem oposição a essa recomendação alegando que não estaria embasada em estudos que cientificamente comprovassem que esta seria uma posição que traria um melhor resultado perinatal.

O manual “Obstetrícia Normal, Raul Briquet (*in memoriam*)” (2011), até admite a existência de estudos que tratam das vantagens e desvantagens sobre diferentes posições de parto que poderiam ser utilizadas na fase de expulsão, ressaltando inclusive que as verticais seriam as mais favoráveis, contudo, logo no parágrafo seguinte, ele

finaliza de forma contrária, colocando a “paciente” na posição de decúbito dorsal. Ou seja, a temática é tratada em uma construção textual confusa em que ele aponta para a possibilidade de adoção de diferentes posições, indica as verticalizadas como as mais favoráveis, mas não adota o que ele acabara de indicar como mais adequado.

“O parto na posição horizontal foi introduzido em obstetrícia por Mauriceau, em 1738, com o objetivo de facilitar o exame da paciente e a assistência ao parto. Nas últimas décadas, numerosos trabalhos analisam as vantagens e desvantagens de várias posições para o parto.¹¹⁻¹³ Assim, segundo os vários autores, tanto as posições verticais (sentada, de cócoras, de joelho e em pé) como as posições horizontais (litotomia, decúbito lateral, posição ventral, três quartos lateral) podem ser utilizadas pela parturiente na fase de expulsão.¹⁴⁻¹⁷ O parecer dominante é que as posições verticais são as mais favoráveis. A parturiente pode adotar qualquer posição que deseje desde que não comprometa sua própria segurança e a do filho que está por nascer.¹⁸ No período expulsivo, recorre-se ao decúbito dorsal com elevação do tronco, flexão das pernas sobre as coxas e destas sobre a bacia. Alguns preferem a inclinação lateral esquerda do tronco”(GUARIENTO, 2011, p.452).

Nessa categoria não foram encontradas menções de que a escolha da mulher deveria ser respeitada pois, como pode ser visto no trecho acima, o manual menciona que a mulher pode escolher a posição, mas, em seguida, coloca a mulher na posição tradicional escolhida por ele. Este tipo de posicionamento sinaliza a manutenção de aspectos que foram descritos por Martins (2004) no sentido de que a consolidação da obstetrícia científica no século XX resultou em uma configuração de cuidado onde o médico assume uma posição de protagonismo na cena do parto, decidindo e indicando o formato das práticas de cuidados (MARTINS, 2004).

O manual “Obstetrícia”, de Rezende, em suas diferentes edições, é enfático na defesa da posição de Laborie-Duncan, ressaltando o quão primitivo é a posição vertical.

“É de resto, procurar imitar a assistência ao parto das sociedades primitivas, em que a mulher paria em posição vertical (Householder, 1974), mais tarde nas cadeiras obstétricas, com a parteira também assentada ou ajoelhada diante dela” (REZENDE, 2005, p.346).

O manual de Rezende avança em suas considerações afirmando que não existe benefício no uso da cadeira obstétrica, e que seria um anacronismo a utilização da posição sentada ou de cócoras. Faz referência a um estudo de 1983 que diz que a posição sentada provoca congestão excessiva do períneo e aumenta as perdas sanguíneas, além de dificultar a monitoração e a prática da episiotomia. Somente admite, ocasionalmente a posição semissentada.

“Tem-se tentado reviver anacronismo, usando, no segundo período, a posição sentada, em cadeira obstétrica, ou até colocando a paciente de cócoras. Nada justifica o modismo, que embarga a assistência correta da expulsão, dificultando, ao extremo, o emprego da monitoração e a prática da episiotomia. Da experiência de Stewart & Spiby (1989), para referir apenas publicação apoiada na casuística considerável, não se depreendeu “qualquer benefício para a mãe ou para o conceito” com o uso de cadeira obstétrica especialmente desenhada. Outros autores (Stewart et al., 1983) observaram, na paciente sentada, congestão excessiva do períneo, pela hérnia dos tecidos, o que aumenta as perdas sanguíneas” (REZENDE, 2005, p.346).

Esta mesma linha de entendimento foi encontrada em “Obstetrícia Básica” (2005) defendendo que as posições de decúbito lateral (posição de Sims) e de cócoras são um retrocesso, esta última inclusive estaria relacionada à possibilidade de hemorragia na dequitação, afirma que não é necessário ter uma mesa de parto especial, já que a mesa cirúrgica tradicional propicia um melhor trabalho assistencial.

“Dispensam-se, por desnecessárias, mesas de parto, ditas especiais. A mesa cirúrgica habitual propicia condições para manter a posição semi-sentada, favorecendo, quando necessário, a prática de intervenções extrativas transvaginais. E, em segundos, estará adaptada para tocurgia que se realizam em decúbito dorsal horizontal (cesárea etc.). Não é o que ocorre, por exemplo, na posição de cócoras, quando em face de emergências tocúrgicas, a parturiente deve ser transferida para a mesa cirúrgica (Fig. I-326)” (NEME, 2005, p.178).

Além disso, ele também afirma que essa posição semissentada seria mais cômoda para a parturiente porque permite que ela possa respirar melhor, acompanhar o desprendimento fetal e descansar no intervalo das contrações; e para o médico porque

ele consegue prestar uma assistência melhor e mais rápida em caso de alguma complicação.

Embora entre os manuais da categoria expectante também tenham sido encontradas indicações de adoção da posição de litotomia no período expulsivo, alguns deles também apresentam como possibilidade a realização de partos em posições mais verticalizadas (CHAVES NETTO; SÁ, 2007; CUNNINGHAM et al., 2000; EVANS, 2010; GRANDO, 2006), sendo que no “Manual de Obstetrícia”, ele complementa mencionando a vantagem de o processo de parturição ocorrer em salas de parto por permitir que as mulheres desfrutem de maior liberdade de movimentação, facilitando que ela adote diferentes posições: podendo empurrar, escorregar para os lados, sentar, agachar, ou ficar nas quatro posições ou na posição genupeitoral^U, e de que deveriam ser estimuladas a realização de partos em posição que a mulher se sinta mais confortável.

Em “Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins”, a escolha da posição, tanto durante o trabalho de parto quanto no parto, deveria ser fruto de uma decisão conjunta onde fossem considerados os “desejos da paciente, sua família e as orientações informadas e prudentes determinadas pela equipe médica” (BANKOWSKI et al., 2006, p.102).

Nesse sentido, considerando que a maioria dos manuais não se posicionaram de forma favorável à adoção das posições verticalizadas no período expulsivo, verificamos que os conteúdos transmitidos no processo de formação em obstetrícia não contribuem para promoção de uma mudança de cuidado em que a posição de litotomia só viesse a acontecer nos casos de necessidade, como nos partos vaginais operatórios, e que a

^U Posição ventral em que o peito e os joelhos ficam apoiados sobre a cama, em um mesmo plano horizontal. Os braços ficam flexionados com as mãos perto da cabeça, onde peso do corpo recai sobre o peito e os joelhos que permanecem um pouco afastados (UFJF, 2020).

imobilização dos corpos das mulheres durante o trabalho de parto e parto deixasse de ser uma rotina^{LI}.

Métodos não farmacológicos para alívio da dor e analgesia

A avaliação da dor no trabalho de parto e parto tem sido tema bastante recorrente em estudos que visam compreender os fatores que contribuem para amenizar os desconfortos para além do uso de medicamentos (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012; DINIZ, 2001; MARTINI; BECKER, 2009). Alguns desses estudos apontam que a intensidade da dor sentida pelas mulheres é bastante variável sendo influenciada por questões psíquicas, temperamentais, orgânicas e de estresse, por exemplo. “Por ser um fenômeno passível de tais influências, a dor é considerada uma experiência subjetiva e pessoal, e deve ser mensurada para permitir a escolha eficaz de um método de alívio” (NILSEN; SABATINO; MORAES, 2011, p.558).

Na categoria manejo ativo não foram encontradas orientações ou recomendações sobre o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor. A exceção foi o manual “Rotinas em Obstetrícia” em que apresenta uma ressalva sobre os benefícios para quem faz uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

(...) Além do estímulo à presença do acompanhante junto à parturiente, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor pode auxiliar o trabalho de parto, promovendo maior satisfação e bem-estar, pela sensação de domínio da dor e do estresse do trabalho de parto. Entre os métodos não farmacológicos de alívio da dor, são úteis as técnicas de relaxamento muscular, a aplicação de massagens na região lombossacra e as duchas ou imersão em água morna. Esses métodos têm mostrado boa aceitação entre as pacientes e parecem fornecer sensação de bem-estar. A eficácia desses métodos de alívio da dor, em relação aos desfechos perinatais favoráveis e desfavoráveis, ainda não está comprovada por estudos clínicos bem delineados” (FREITAS et al., 2011, p.315-316).

^{LI} Algumas questões preliminares relativas a cuidados, intervenções foram apresentadas em uma nota de pesquisa e encontra-se no apêndice “F” (NICIDA, 2018).

Em referência ao uso de métodos farmacológicos, foi na subcategoria manejo ativo condicional que encontramos dois pontos que se destacaram. Um deles foi o da recomendação de que a analgesia deve ser, preferencialmente, realizada no período expulsivo pois, quando realizada antes desse período, pode ocasionar um efeito depressivo na criança ou retardar o progresso do trabalho de parto.

Um segundo ponto, é sobre a relação que esses manuais estabelecem entre a prática da analgesia como forma de suprimir a dor da parturiente, com a promoção de um estado emocional de maior tranquilidade, permitindo uma melhor assistência tanto nos casos de parto espontâneo quanto de parto operatório, realização de operações ampliadoras (episiotomia e perineotomia), revisão da cavidade uterina e do canal de parto, reparo de lacerações do colo do útero, da vagina ou vulvoperinais que possam ter ocorrido.

A categoria manejo expectante, por sua vez, foi a que mais fez referências à possibilidade de utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor (5 entre os 7 manuais). Esses manuais partem do pressuposto de que o medo e a insegurança seriam elementos potencializadores da dor, sendo benéfico o uso de métodos não farmacológicos e o preparo psicológico da parturiente.

A publicação “Manual de Obstetrícia” (EVANS, 2010) apresenta como referência o *Guidelines for Perinatal Care*, publicado pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists*, enfatizando que os cuidados relacionados ao alívio da dor deveriam ser iniciados no pré-parto, momento onde seriam discutidas as diferentes possibilidades de condução do processo. Consideram, ainda, que na medida em que a mulher e os familiares participem desse processo decisório, amplia-se a compreensão dos procedimentos que serão realizados, conscientes do processo ocorre uma

diminuição do medo, que, por sua vez, interfere positivamente nos níveis de dor sentidos pela mulher.

“A primeira etapa no manejo da dor devem ser o aconselhamento pré-parto e as salas de orientação das diferentes modalidades de parto, permite a revisão das técnicas não farmacológicas e permite também a discussão da associação de anestesia epidural e cesariana” (EVANS, 2010, p.35).

A Psicoprofilaxia, atividade em que a mulher e seu parceiro recebem uma preparação para diminuir a ansiedade, também é indicada por Evans (2010) como benéfica, como recurso para diminuição da dor do parto, contribuindo para a redução da necessidade de realização da analgesia: “Uma paciente informada terá mais controle e será mais capaz de se preparar para os rigores do trabalho de parto” (EVANS, 2010, p.35). Dentre as “Estratégias Alternativas no Manejo da Dor, apresenta:

“As estratégias alternativas no manejo da dor incluem o uso de um leigo treinado, como um acompanhante, e técnicas de relaxamento como massagem e acupressão, tato terapêutico, hidroterapia, música, aromoterapia, auto-hipnose e técnicas de posicionamento alternativas, incluindo uso de uma bola de nascimento” (EVANS, 2010, p.35).

Os manuais da categoria expectante enfatizam que deveria prevalecer o desejo da mulher quanto aos recursos a serem utilizados para alívio da dor durante o trabalho de parto e que a sua solicitação deve ser considerada justificativa suficiente para o oferecimento deste alívio, em que se inclui o uso de analgesia. Vimos que, em relação a esse aspecto, os manuais dessa categoria assumem uma posição que dialoga com as boas práticas que têm sido recomendadas sobretudo a partir dos anos 1980 que reconhecem que devem ser estimulados o uso de “métodos não-invasivos e não-farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto e parto” (ROCHA; NOVAES, 2010, p. 121) e que reconhecem que o direito de escolha da mulher deve ser respeitado.

Ingestão de líquidos e alimentos sólidos

Quase a totalidade dos manuais analisados permitiram a ingestão em pequenos goles de líquidos transparentes, cubos de gelo ou preparações para umedecer a boca e lábios. Somente se houvesse necessidade de maior quantidade de ingesta, em caso de parto prolongado, se utilizaria a hidratação por via venosa. Apenas 1 manual da subcategoria manejo condicional e 1 na subcategoria manejo ativo a priori restringiram totalmente a ingestão de líquido.

Em relação a alimentos sólidos, grande parte dos manuais de todas as categorias não permitiram o consumo. Apenas dois manuais da categoria expectante permitiram alimentos leves, um da subcategoria manejo ativo condicional permitiu o consumo de pequenos tabletes de chocolate pelo seu pequeno volume gástrico e grande valor energético, um na subcategoria manejo ativo a priori orientou que gestante com evolução normal não necessitaria permanecer em jejum. Não trataram da questão da alimentação da parturiente, um manual da categoria expectante e um manual em cada subcategoria.

Em relação a ingestão de alimentos, verifica-se um afastamento entre o que é indicado pela maior parte dos manuais e as recomendações da OMS em que diz na publicação de 1985 que a mulher tem o direito de decidir sobre a comida (WHO, 1985). Em publicações mais recentes, a recomendação é textualmente ainda mais direta: “Para as mulheres de baixo risco, se recomenda a ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto” (WHO, 2019, p.4).

Enema

Sobre a realização do enema (enteroclisma), um manual da categoria expectante indica a sua realização de forma rotineira e cinco da categoria manejo ativo^{LI}. Nesses manuais em que a intervenção foi indicada como rotina, encontramos entre as justificativas apresentadas a de que embora ela cause desconforto à gestante e apesar de estudos já apontarem que a sua realização não reduz o risco de infecção, é melhor realizá-la para que se evite que a gestante elimine fezes na presença da equipe obstétrica.

“No que importa ao enteroclisma, pesquisa randomizada de Drayton e Rees (1984) demonstrou que sua prática além de não reduzir o risco de infecção, até o agrava, pois a antissepsia será mais adequada quando as fezes eliminadas (na expulsão) resultam do reto não esvaziado pelo enema. Entretanto, o incômodo que sua realização provoca é compensado ao evitar à parturiente a sensação de eliminação de fezes na presença da equipe assistente. Por isso, quando o trabalho de parto se arrasta por mais de 12 horas, é conveniente repeti-lo. Tratando-se de prática discutível, parece-nos razoável auscultar a paciente a respeito” (NEME, 2005, p.166).

Uma posição semelhante, que indica a realização do procedimento para não causar “vergonha” à parturiente por eliminar fezes na presença da equipe, foi encontrada em “Noções práticas de obstetrícia” (CORRÊA et al., 2011) que recomenda a realização do enema logo após a admissão (contraíndicada apenas em casos de trabalhos de parto mais avançados, que são os que apresentam dilatação acima de 6 cm e bolsa das águas rota^{LIV}). A diferença, em relação ao primeiro caso, é que o manual de Corrêa (2011) também faz menção à possibilidade de que as fezes eliminadas poderiam provocar contaminação do ambiente.

“ENTEROCLISMA – ENEMA OU LAVAGEM INTESTINAL

É prescrito logo após a admissão da parturiente. Seu objetivo é evitar a eliminação de fezes no período expulsivo, momento do puxo, situação

^{LI} Dentre os 5 manuais da categoria manejo ativo encontra-se o “Obstetrícia” de Rezende. Sobre este manual, quando ele muda de autoria em 2010, a indicação do enema como rotina deixa de ser indicada.

^{LIV} Ruptura da membrana amniótica.

constrangedora para a parturiente e passível de contaminar o campo operatório e o recém-nascido.” (CORRÊA et al., 2011, p.872)

Contudo, no parágrafo seguinte, logo após ter afirmado que é para realizar o procedimento, ele apresenta o resultado de duas metanálises: uma que mostrou que a realização do enema não foi significativo para a redução da infecção puerperal, e outra que afirma que o enema provoca desconforto na parturiente, aumenta o custo do parto e que seus benefícios são limitados. Ou seja, ele se coloca a favor da realização do procedimento e, contraditoriamente, faz referência a estudos contrários à sua posição. Importante registrar que a realização do enema é um procedimento não recomendado pela OMS (WHO, 1985).

Este estilo de pensamento foi analisado por Nakano (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2017); apesar de muitas vezes as evidências científicas sinalizarem pela mudança de práticas realizadas rotineiramente, os profissionais acabam por resistir à implementação dessas mudanças, priorizando as crenças provindas de sua prática clínica.

Tricotomia

Quanto à indicação da realização da tricotomia, encontramos um manual da categoria expectante recomendando a sua realização de forma rotineira e seis da categoria manejo ativo. Entre as justificativas, afirma-se que a tricotomia facilita a realização da antisepsia dos genitais, da episiotomia e da episiotomia. Um dos manuais que indica a sua realização até menciona o desconforto provocado pelo procedimento, e um possível risco de infecção quando ela é realizada, contudo a retirada dos pelos seria indicada para uma descaracterização do aspecto sexual.

“Tem sido questionado o mérito da tricotomia, pelo desconforto pós-parto que provoca, pelo risco de infecção (AIDS, hepatite B) para quem a pratica e a parturiente, quando ocorre foliculite pubiana, em casos de cesárea. Entretanto, sua realização descaracteriza o aspecto sexual do campo cirúrgico e, para minorar os inconvenientes referidos, aconselhamos que seja praticada com tesoura, removendo os pelos rente à pele ou por instrumento que preserve esse objetivo” (NEME, 2005, p. 166).

A citação nos remete às análises de Diniz (1996) quando trata dos paradigmas que se relacionam à construção do conhecimento científico a partir da perspectiva da obstetrícia moderna diante do corpo da mulher, e que nos esclarece sobre a necessidade de deserotizá-lo como forma de legitimar o toque e o manuseio de suas partes.

“Os órgãos genitais das mulheres, que agora justificam sua existência podiam ser observados com novos olhos. Para dirigir esse olhar para estes órgãos, o varão cientista precisou deserotizá-los. Se reivindicava o direito de olhar e tocar as mulheres em suas partes mais íntimas, só poderia estar motivado pelo interesse frio da ciência. O olhar do varão desejava conhece-la, não mais no sentido bíblico, mas científico” (DINIZ, 1996, p.114).

Posicionamento que tem provocado uma reflexão sobre a pertinência desse “interesse frio da ciência”, onde sobretudo os movimentos feministas apontam para a necessidade de revisão de práticas assistenciais que suprimem e ignoram o aspecto sexual e social do parto (DINIZ, 1996).

Ocitocina

Entre os estudos que tratam de aspectos relacionados a indução e aceleração do parto, Diniz e Chacham (2006) nos chamam atenção que, na maioria das escolas de medicina brasileiras, a formação do profissional de saúde seria de caráter intervencionista o que na prática médica se configuraria em altos índices de realização de procedimentos desnecessários. Como parte deste cenário, as autoras nos apontam que

essa normalização do uso de intervenções interfere, por exemplo, no uso que se faz da ocitocina para o enfrentamento de situações que ocorrem no dia a dia de algumas maternidades e que não se relacionam ao estado de saúde das mulheres que foram buscar a assistência. A falta de leitos seria uma dessas situações, onde médicos fariam a indução e a aceleração para que estes possam ser liberados mais rapidamente e, desta forma, fazer o sistema fluir de modo a esvaziar a enfermaria possibilitando um momento de descanso e, ao mesmo tempo, não entregar a enfermaria cheia para o colega que entrará no plantão seguinte (DINIZ; CHACHAM, 2006). Segundo esses profissionais ouvidos pelas pesquisadoras, apesar do uso da ocitocina provocar uma dor mais intensa, ela seria aceita pelas mulheres por permitir a abreviação do tempo de parto. Outro motivo para o uso rotineiro de ocitocina, apresentado pelos obstetras, seria que o aumento da dor poderia ser utilizado como justificativa para a realização de uma cesárea, pois esta dor “comprovaria” que o trabalho de parto não estaria evoluindo de forma satisfatória (DINIZ; CHACHAM, 2006).

As recomendações encontradas nos manuais sobre o uso de ocitocina foram da seguinte ordem: os manuais da categoria expectante não a incluem como item da assistência a um trabalho de parto e parto normal e apenas um deles chega a mencionar que a sua administração não pode ser realizada como procedimento de rotina. Esse achado é coerente com a posição assumida pela categoria na qual não se justifica o uso de procedimentos para promover a aceleração do parto que transcorre sem intercorrências e onde a mãe e o bebê estão bem.

Na categoria manejo ativo, um manual não faz referência ao uso de ocitocina e dois manuais indicam o uso de forma rotineira, sendo que um deles foi o “Obstetrícia” de Rezende que apresentou uma variação de posicionamento quando comparado às diferentes edições analisadas.

Até a sua edição de 2005, o manual de Rezende defendia a realização do parto dirigido que incluía entre os procedimentos o uso de ocitocina como rotina. Contudo, como já mencionamos na sua edição de 2010, embora se mantenha a ideia de que o melhor parto é um parto curto, o subitem nomeado como parto dirigido foi retirado e a indicação de uso de ocitocina foi recomendada para os casos de hipoatividade das contrações uterinas.

Os demais manuais relacionam o uso de ocitocina para os casos em que haja necessidade. Todavia, especialmente relacionado aos manuais da subcategoria manejo ativo a priori, é importante ressaltar que embora, de forma textual, esses manuais indiquem o uso de ocitocina só em caso de necessidade, não podemos esquecer que existe um estilo de pensamento nessa subcategoria de que quanto menor o tempo de parto, mais benéfico seria para a gestante e o bebê. Mediante essa premissa, o manual passa uma mensagem, nas entrelinhas, de incentivo ao uso de procedimentos e medicamentos tais como a ocitocina, já que esta seria uma das intervenções que promovem a aceleração do parto.

Tal concepção, como destacaram Diniz e Chacham (2006), contribui para adoção irrestrita de procedimentos, por vezes, inadequados aos casos para os quais são dirigidos desencadeando a realização de uma série de outras intervenções, comprometendo a qualidade da assistência prestada.

“Muitas intervenções destinadas a acelerar trabalho de parto e nascimento têm efeitos indesejados. Frequentemente esses novos problemas são resolvidos com mais intervenções. Essa corrente de eventos foi denominada ‘cascata de intervenções’, e inclui o uso de várias substâncias para induzir o parto, o rompimento de membranas artificialmente antes ou durante o parto, a episiotomia, e outras.”¹⁹ (DINIZ; CHACHAM, 2006, p.83).

Rocha e Novaes (2010) também advertem que o uso de ocitocina se inclui no rol de intervenções que, apesar das evidências científicas demonstrarem ser inadequadas, continuam sendo utilizadas como prática obstétrica de rotina.

Episiotomia

Como já mencionamos na parte inicial do nosso trabalho, a OMS recomenda que o uso da episiotomia deveria ficar em torno de 10% a 30%. No Brasil, conforme a pesquisa Nascer no Brasil, em 2011, a episiotomia foi realizada em 56,1% da totalidade dos partos e em 75% dos partos de mulheres primíparas (LEAL et al., 2014).

Em pesquisa realizada junto a sete obstetras brasileiros sobre questões relativas às suas experiências profissionais, Kämpf e Dias (2018) se aproximaram da experiência de médicos que, em sua formação, foram estimulados à realização da episiotomia de forma rotineira. Contudo, no decorrer da sua prática, esses médicos passaram a questionar sobre a real necessidade de realizar o procedimento e, especialmente, a partir do contato com a Medicina Baseada em Evidências e as recomendações da OMS, acabaram por mudar sua postura.

“(…). A discussão sobre o procedimento envolve não somente o embate entre especialistas, mas inclui a participação e sofre influências de diversos outros atores ligados ao tema: movimento feminista em saúde; advogadas e advogados; organizações não governamentais de proteção e defesa os direitos das mulheres; grupos de gestantes; obstetras, enfermeiras obstétricas, doulas, políticos, jornalistas, representantes de hospitais, planos de saúde e entidades da classe médica, a Agência Nacional de Saúde e o Ministério Público de São Paulo (...). Esse é, portanto, um exemplo bastante claro de como uma discussão técnica perfaz também uma discussão política, econômica, social e cultural” (KÄMPF; DIAS, 2018, p.1158-1159).

Sobre a episiotomia, nos manuais da categoria expectante somente um deles afirmou que ela deve ser feita para impedir a ruptura das estruturas músculo-fasciais do

períneo e evitar lesões encefálicas fetais. Desta maneira, constatamos que a grande maioria dessa categoria ressaltou que o procedimento não deve ser utilizado de forma rotineira, que deve haver um cuidado com o períneo durante a gravidez, período em que são indicadas a realização de massagens e exercícios. Ela se aplicaria, então, naqueles casos em que ocorresse distócia de partes moles vaginais ou como auxiliar do parto com uso de fórceps ou vácuo extrator.

“A realização rotineira de episiotomia não melhorou os desfechos. A episiotomia deve ser realizada de forma seletiva e com indicações clínicas claras” (EVANS, 2010, p.14).

Nas categorias de manejo ativo, a situação se inverteu; apenas dois manuais^{LV} indicam o uso restritivo da prática de episiotomia, e todos os demais defendem a liberalização da prática como forma de prevenir as roturas perineais. Argumentaram que ela aliviaria a compressão sobre a cabeça fetal e, em alguns manuais, consideraram que a episiotomia é uma forma de encurtar a duração do segundo período do parto, por remover a resistência da musculatura pudenda.

Além das justificativas apresentadas, encontramos, em “Obstetrícia” de Rezende, a afirmação de que a correção de uma incisão cirúrgica é mais eficaz quando comparada à correção de uma laceração. É importante destacar que esse foi o autor que mais desenvolveu conteúdos sobre a realização da episiotomia. Ele inicia suas considerações apresentando a definição do procedimento e suas diferentes terminologias, trata da história de como a episiotomia foi introduzida na obstetrícia até sua difusão no início do século XX. Na sequência, o manual de Rezende faz referência a alguns trabalhos que, nos anos 1980, questionam os efeitos do uso do procedimento, indicando que os obstetras deveriam reavaliar o seu uso sistemático. Contudo, Rezende não compartilha

^{LV} O manual “Rotinas em Obstetrícia” (FREITAS et al., 2011) e o “Obstetrícia Normal, Raul Briquet” (GUARIENTO, 2011).

desse posicionamento de reavaliação, pois, segundo ele, no processo de dilatação existiriam vários riscos os quais o obstetra não conseguiria dominar, sendo a episiotomia uma forma de prevenir as lacerações.

O formato da construção dessa ideia do autor leva o leitor a questões que vão além do uso ou não da episiotomia, haja vista que:

- a discussão inicial gira em torno do uso da episiotomia para enfrentamento de casos de lesões do assoalho pélvico;
- diante da dúvida se ela seria benéfica ou não, ele indica a realização de cesárea eletiva;
- sobre a cesárea eletiva, ele defende que ela seja adotada como rotina, como forma de enfrentamento dos riscos para o assoalho pélvico;
- e termina essa parte da sua exposição, reafirmando a universalidade do uso de cesárea.

Enfim, a cesárea eletiva, como procedimento cirúrgico mais invasivo, entraria em substituição a uma episiotomia, apresentada como de maior risco; além de associar cesárea eletiva a uma ideia de universalidade, mesmo que seja em referência a uma necessidade específica.

“A cesárea eletiva, como prática rotineira quando identificados os apontados fatores de risco para o assoalho pélvico, impede os danos a essa importante estrutura, preservando-lhe morfologia e funções. Seu uso prudente e a indicação judiciousa, reafirmam-lhe a universalidade” (REZENDE, 2005, p.349).

Diante deste posicionamento, entendemos que este se apresenta como um exemplo que contribui para a normalização do uso de intervenções, uma vez que a discussão inicial que seria do uso ou não de um procedimento, passou a ser de escolha

de qual intervenção deveria ser usada.

Contudo, a discussão em torno do uso da episiotomia não terminaria ali. Dando prosseguimento, Rezende analisa qual o tipo de episiotomia deve ser realizada, afirmando que aconselha e pratica a episiotomia médio-lateral, e elenca as vantagens dessa escolha. Na sequência, retoma a discussão sobre em que circunstância se aplica o uso da episiotomia e faz uma crítica aos autores que indicam o seu uso somente quando o períneo apresenta pouca elasticidade, pois, segundo ele, raramente a passagem do feto não causaria lesão - posição que contradiz o que havia defendido anteriormente, que os obstetras deveriam reavaliar o seu uso sistemático.

“(…). A passagem do feto pelo anel vulvoperineal será raramente possível sem lesar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e roturas as mais variadas, a condicionarem frouxidão irreversível do assoalho pélvico” (REZENDE, 2005, p.349).

Mencionando questões relacionadas ao feto, afirma que a não realização da episiotomia pode provocar lesões cranioencefálicas devido à pressão da cabeça nas partes moles. Por tudo que foi exposto, afirma que o procedimento seria “quase sempre, indispensável nas primiparurientes, e nas multíparas nas quais tenha sido anteriormente praticada” (REZENDE, 2005, p.349). Contudo, ele volta a fazer referência a trabalhos realizados entre os anos 1999 e 2000 que estudam os problemas ocasionados pelo uso rotineiro da episiotomia e após toda a exposição, mantém a sua posição de que, apesar das sequelas e inconvenientes, as vantagens de realizá-la são superiores.

Na edição de 2010, o texto dedicado à episiotomia tem sua extensão diminuída, ele apresenta todas as vantagens em realizá-la e termina com uma afirmação de que dados recentes não indicam o uso rotineiro do procedimento: “[a] episiotomia profilática não resultou em benefício materno ou fetal” (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010, p.252).

Na citação apresentada acima de Rezende (2005), o autor afirma que a passagem do feto provocaria uma “frouxidão irreversível”. Essa teoria da “frouxidão irreversível” foi analisada por Diniz e Chacham (2006) como exemplo de uma concepção de parto como um estupro invertido.

“A imagem sugerida pelo discurso médico é que, após a passagem do bebê, o pênis do parceiro seria pequeno demais para estimular ou ser estimulado pela vagina, agora distendida.⁷ Assim, o parto é percebido como estupro, o bebê sendo causador de um dano definitivo à função sexual a mulher, e esta como tendo que ser restituída a seu ‘estado virginal.’²¹” (DINIZ; CHACHAM, 2006, p.87).

Esse tipo de concepção evidencia a necessidade de mudanças dos paradigmas relacionados à saúde reprodutiva e sexual, para que não sejam realizadas condutas inadequadas, uma vez que estudos sobre o uso da episiotomia não encontraram evidências de que seja benéfico o seu uso rotineiro (WHO, 2019). Diniz e Chacham (2006) falam da necessidade de que a mulher seja informada baseada em evidências científicas, já que, para muitas delas, o procedimento realizado como rotina seria compreendido como fruto de uma decisão médica necessária e correta e como uma forma de evitar problemas sexuais causados pela flacidez vaginal em decorrência do parto normal (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Para discutir as questões relacionadas ao abuso das episiotomias, em 2003, a Rehuna lançou uma “Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina”. O primeiro evento aconteceu em São Paulo em parceria com a Faculdade de Saúde Pública, a Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, a Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica – ABENFO, formadores de políticas públicas, ONGs feministas, consumidores organizados, Conselho Regional de Medicina de São Paulo, Centro Cochrane do Brasil, Rede Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. Segundo a Rehuna, a campanha teve pouca repercussão, contudo serviu

para trazer o tema da episiotomia como caso de violação dos direitos da saúde, como procedimento que causa danos quando feito de rotina (DINIZ; CHACHAM, 2006; DINIZ, 2005; RATTNER et al., 2010)

As recomendações encontradas nos manuais também nos remetem às reflexões de Diniz (2009) no que diz respeito à “cegueira de gênero” ou “viés de gênero”, que no caso da episiotomia aparece de forma bastante evidente. Dessa forma, tanto no campo da pesquisa quanto na prática, os profissionais acabam por enxergar apenas os aspectos relacionados ao paradigma dominante, que superestima os benefícios de intervenções e tecnologias e invisibiliza os efeitos adversos. Como observa-se, por exemplo, a aceitação da premissa de que

“... o corpo feminino é essencialmente defeituoso, imprevisível e potencialmente perigoso, portanto necessitando de correção e tutela, expressas nas intervenções. Tal crença leva a superestimação, ou mesmo invisibilidade (cegueira), quanto aos efeitos adversos das intervenções” (DINIZ, 2009, p.318).

Uma “cegueira” que seria encontrada em diferentes situações apresentadas pelos manuais.

Amniotomia

Sobre a prática de amniotomia - Ruptura Artificial de Membrana (RAM) - todos os manuais da categoria expectante não indicam a sua realização de forma rotineira. Um desses manuais, diz que a amniotomia é ainda frequentemente realizada e reconhece que o procedimento pode ser útil em certas situações, mas alerta que possui riscos.

“Resumindo, as várias aplicações da amniotomia tornou esse procedimento na prática da obstetrícia moderna, sendo utilizada com frequência na maioria das instituições.

Poucos discordam do uso da amniotomia como parte da indução do parto e como intervenções nos transtornos de prolongamento e na parada de progressão do trabalho de parto.

O procedimento tem riscos, e toda vez que se pensar na ruptura artificial das membranas é necessário considerar os riscos e os benefícios.

Devemos ter em mente que nenhum estudo controlado randomizado provou que a aceleração do trabalho de parto, quando realiza amniotomia com este fim, fornece melhores desfechos fetais ou maternos que o trabalho de parto natural sem intervenções” (EVANS, 2010, p.31).

Entre os manuais da categoria manejo ativo, encontramos o manual “Obstetrícia”, de Falcone, que indicou a realização de amniotomia de forma rotineira. No “Obstetrícia” de Rezende, em todas as edições até 2005, o procedimento também foi indicado para ser realizado de forma rotineira. Contudo, na sua edição de 2010, quando Montenegro e Rezende Filho assumem a autoria do manual, a sua indicação como prática rotineira é retirada. Já o “Manual de obstetrícia diagnóstico e tratamento” (NISWANDER; EVANS, 1994) inicia suas considerações afirmando que a realização do procedimento se aplicaria a casos específicos. Contudo, no desenvolvimento de suas observações, ele defende a sua realização já que ela acelera o parto e essa aceleração seria benéfica para o feto e para a mãe.

“(…) Em suma, **as diversas indicações da amniotomia tornaram-na indispensável** à prática moderna da obstetrícia, sendo ela utilizada com frequência em muitas instituições. O procedimento tem alguns riscos, que devem ser pesados em relação aos benefícios esperados cada vez que se considera a rotura artificial da bolsa. Além disso, à realização de uma amniotomia para acelerar o parto, deve-se estar ciente de que um trabalho de parto mais rápido é melhor do que um trabalho de parto espontâneo mais lento, tanto para o feto como para a mãe” (NISWANDER; EVANS, 1994, p.529-530, grifo do autor).

Ou seja, excetuando os três manuais mencionados acima, os demais manuais da categoria tratam o uso de amniotomia para os casos de necessidade de estimulação das contrações uterinas.

Sobre o manejo no 3º período - dequitação

Em todos os manuais da categoria de manejo ativo, foi encontrada pelo menos uma indicação de realização de algum procedimento ou manobra no período de dequitação. Na subcategoria manejo ativo condicional, eles ponderam que o mecanismo de descolamento placentário deva ser acompanhado por um tempo de espera em média de 30 min. Tendo expirado esse tempo, deve ser considerada a hipótese de retenção placentária, e para esses casos indicam alguns procedimentos e manobras que podem ser realizados, tomando o cuidado de evitar manipulações fora de hora.

Dentre os procedimentos que foram indicados por essa categoria de manuais a serem realizados de forma rotineira encontramos:

- Uso da ocitocina pós-parto;
- Manobra de Brandt-Andrews, através da sua mão esquerda o parteiro sente a contração do útero, realiza uma pressão local e ao mesmo tempo, com a mão direita ele traciona o cordão umbilical de forma contínua, com o cuidado de promover o descolamento da placenta e sua expulsão sem provocar o rompimento da membrana (Figura 7.4);

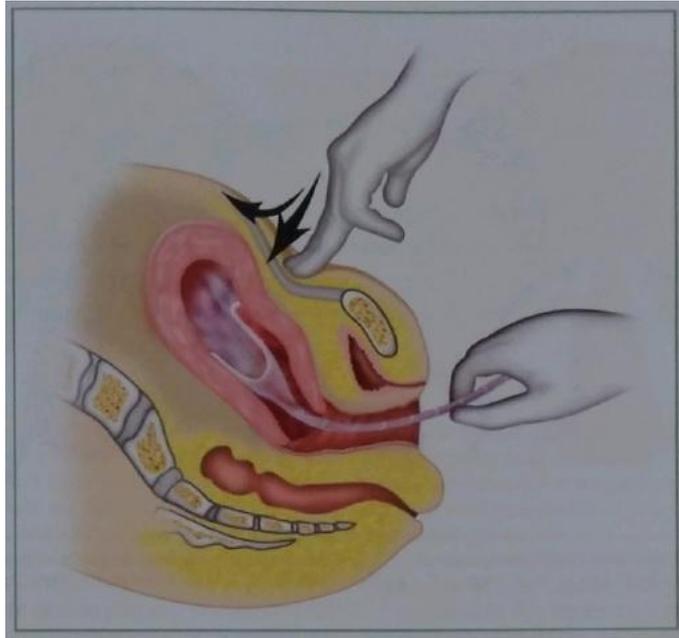


Figura 6.4 – Procedimento que compõe a assistência ativa ao secundamento – Manobra de Brandt-Andrews.

Fonte: Montenegro, Rezende Filho, 2010.

- Manobra de Jacob-Dublin movimento de rotação da placenta e membranas (Figura 6.5).

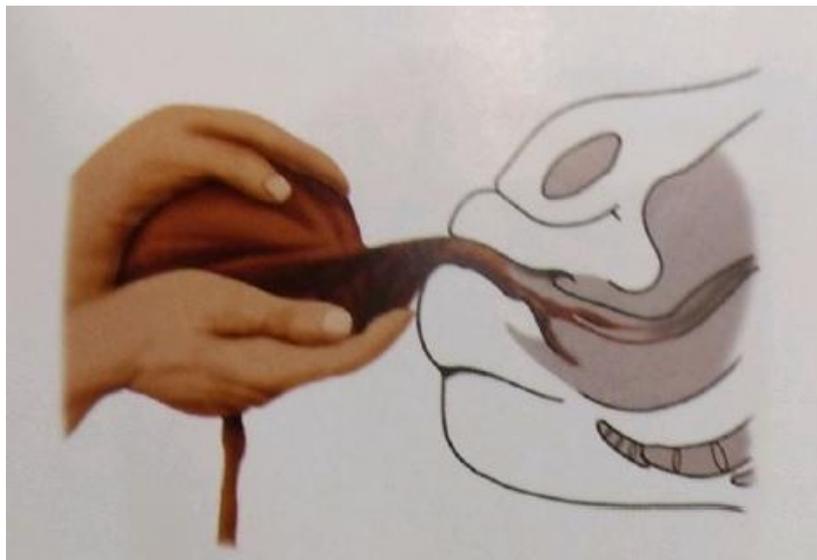


Figura 6.5 – Procedimento que compõe a assistência ativa ao secundamento – Manobra Jacob-Dublin
Fonte: Guariento, 2011

A exceção dessa subcategoria foi o manual “Rotinas em Obstetrícia” (FREITAS et al., 2011) onde os autores posicionam-se a favor de uma atitude ativa para todos os partos realizados, sem a necessidade da espera para avaliação da necessidade do manejo ativo ou não. Esta indicação se justificaria uma vez que:

“[r]evisões sistemáticas de estudos randomizados multicêntricos têm comparado o manejo ativo com a conduta expectante, concluindo ser o manejo ativo superior ao expectante, devido à menor perda sanguínea e menor incidência de outras complicações, como hemorragia pós-parto, anemia e necessidade de transfusões de sanguíneas” (FREITAS et al., 2011, p.326).

Na subcategoria manejo ativo a priori, posicionamento semelhante ao de Freitas et al (2011) foi encontrado em Obstetrícia de Rezende que, nas edições analisadas entre os anos de 1982 até 2005, defende que a atitude na qual o obstetra se mantinha como expectador durante 45 minutos a uma hora antes de iniciar manobras externas para terminar o descolamento teria sido abandonada a partir dos trabalhos de Leff^{LVI} onde passou-se a recomendar a retirada ativa da placenta uma vez que:

“... a mulher civilizada, ao dar à luz em decúbito dorsal, fá-lo em posição que cria dificuldades à expulsão espontânea da placenta. Propugna certas medidas obstétricas com o fim precípua da retirada imediata dos elementos placentários” (REZENDE, 1982, p.316).

Na edição de 2010, a citação de Leff foi retirada da obra, mas a indicação da conduta ativa como rotina entre os procedimentos de assistência moderna ao secundamento foi mantida (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010).

Os manuais da categoria expectante advogam que não sejam realizados quaisquer procedimentos durante o processo de dequitação, nem administrar ocitocina para estimular a contração uterina.

^{LVI} O trabalho citado por Rezende foi: LEFF, M. Management of third and fourth stages of labor based on 11.000 deliveries. *Surgery, gynecology & obstetrics*, [s.l.], n° 68, p. 224, 1939.

O método expectante de Ahlfeld, que consiste em nada fazer até que os dois primeiros tempos do Delivramento (descolamento e descida) tenham ocorrido espontaneamente, é a melhor conduta” (BARBOSA, 1988, p.555).

Se está tudo normal, a prática é esperar vigilante e ir acompanhando os sinais do processo de desprendimento da placenta, e nunca forçar o desprendimento da placenta antes de sua separação.

**“A tração do cordão umbilical não deve ser usada para puxar a placenta para fora do útero” (CUNNINGHAM et al., 2000, p.292).
Grifo do autor**

A exceção foi a publicação “Manual de obstetrícia” (EVANS, 2010) que admite que a expulsão da placenta pode ocorrer por manejo expectante ou manejo ativo, mas que normalmente ela acontece sozinha. “A vantagem do manejo expectante do terceiro estágio é que não interfere com os processos do trabalho de parto normal e não exige o uso de medicamentos ou de equipes especiais” (EVANS, 2010, p.44-45).

Já sobre o manejo ativo, Evans (2010) destaca que após a saída do ombro anterior, ou imediatamente depois do nascimento do bebê, se administra um agente de ação ocitócica para estimular a contração uterina, clampeia-se e corta-se o cordão, e a seguir realiza-se as manobras de tração controlada do cordão, e apresenta as vantagens e desvantagens dos procedimentos

“As vantagens do manejo ativo do terceiro estágio incluem redução do terceiro estágio, redução de perda de sangue materna; menor risco de hemorragia pós-parto e de anemia pós-parto e necessidade reduzida de transfusão.

As desvantagens deste método consistem em incidência aumentada de náuseas, vômitos e cefaleia. O risco de hipertensão arterial também aumenta se for utilizada ergometrina (48)” (EVANS, 2010, p.45).

Em todas as categorias de manuais, após a saída da placenta, encontramos a recomendação de exploração intra-uterina para verificar se não restou algum material retido ou existência de sangramento excessivo e por fim se avalia a necessidade de sutura de possíveis lacerações.

Sobre a realização da manobra de Kristeller

Quanto ao uso ou não da manobra de Kristeller, as recomendações encontradas foram, em sua maioria, as de que esse recurso foi abandonado por causar graves danos, devendo ser substituído pelo fórcepe de alívio quando indicado; e alguns poucos manuais não fazem menção à intervenção. A exceção foi o “Obstetrícia” de Rezende que, embora tenha apresentado várias observações sobre os prejuízos e os cuidados envolvidos na realização da manobra, considera, em todas as edições analisadas, que em casos específicos a manobra poderia ser utilizada:

MANOBRA DE KRISTELLER. Vezes outras, a expressão do fundo do útero poderá ser efetuada por ajudante qualificado, *manobra de Kristeller*. *Não é procedimento inofensivo.* Mal orientada ou violentamente praticada, a expressão acarreta lesões maternas e fetais de monta, entre as quais descreveu descolamento prematuro da placenta e a embolia amniótica (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010, p.252, grifo do autor).

Embora Diniz e Chacham (2006) tenham considerado essa manobra como proscrita pelos manuais médicos pelos riscos e danos que ela pode causar, e apesar do próprio manual sinalizar nesse sentido, ele mesmo afirma que “Vezes outras... poderá ser efetuada...”.

Em estudo sobre situações enfrentadas por mulheres quando buscam as instituições de saúde para receberem a assistência ao parto, D’Oliveira, Diniz e

Schraiber (2002) afirmam que os problemas encontrados por essas mulheres não residem apenas em questões relativas ao acesso à maternidade ou aos recursos ali encontrados, mas também se relacionam a aspectos que envolvem a qualidade do atendimento oferecido pelos profissionais de saúde e sobre os quais são encontradas várias críticas.

Sem deixar de levar em consideração a própria condição de trabalho, por vezes, adversa as quais os profissionais de saúde estão submetidos e a questões sociais mais amplas que acabam por comprometer a qualidade do trabalho prestado, as autoras também fazem referência a questões relacionadas a violência que ocorre no dia a dia do serviço. Esclarecendo que o intuito da reflexão não seria o de perturbar ou prejudicar o trabalho por eles realizados, mas sim de contribuir para o enfrentamento do problema e de prestar apoio àqueles profissionais comprometidos em aprimorar a sua prática assistencial (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

As autoras esclarecem que as violências encontradas são de diferentes ordens, dentre as quais se incluem a realização de procedimentos que já foram reconhecidos como desagradáveis, prejudiciais ou que não estejam baseados em evidências: tricotomia, enema, episiotomia de rotina, rotina de indução de trabalho de parto. Segundo as autoras, dentre as causas para a persistência desse tipo de prática incluem-se o tipo de formação que tem sido dispensada a médicos e enfermeiros (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

Reconhecendo os manuais como um importante instrumento utilizado no processo de formação médica, percebemos a estreita relação entre as práticas assistenciais apontadas pelos estudos e o que vimos entre os procedimentos e intervenções indicados nas publicações. Ou seja, entre os manuais analisados encontramos recomendações de realização de procedimentos e uso de intervenções já

proscritos, seja por estudos científicos como aqueles no âmbito da Medicina Baseada em Evidências, seja por recomendações de instituições internacionais e nacionais, seja por movimentos de crítica ao modelo de assistência obstétrica que se consolidou na segunda metade do século XX – e que, em grande medida, segue vigente - como os movimentos pela humanização do parto e nascimento (TORNQUIST, 2002). Constituem recomendações que acabam contribuindo para a manutenção de um modelo de cuidado que se deseja superar.

6.4 - Reconhecendo os atores do parto

“*Parturiente* é a paciente em trabalho de parto” (BENSON, 1980, p.599, grifo do autor).

Iniciamos nossas considerações com a citação extraída de um dos manuais por considerarmos que ela representa o perfil de uma relação médico parturiente marcada pela subordinação da mulher ao profissional médico, que nos remete às considerações de Illich (1975) sobre medicalização. Nessa relação, o médico é descrito como o profissional que possui o conhecimento e que previne os potenciais riscos do parto, garantindo segurança para a mãe e o bebê através do uso de intervenções e procedimentos como descritos no item anterior. Embora, em alguns momentos, seja mencionado que, na relação com a parturiente, o médico deve respeitar o direito dessa mulher participar da tomada de decisões e de receber informações, a maneira como essa relação se processa é estabelecida por critérios do próprio médico, que se coloca como o detentor do saber, que lhe confere a autoridade.

Contudo, ao chamarmos atenção para essa relação de dominação, é importante também considerar que ela não pode ser atribuída a uma posição do obstetra de forma

isolada, uma vez que está associada ao próprio conceito de obstetrícia que chama para si a responsabilidade da condução da assistência. Como pode ser visto em “Obstetrícia” (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010), a obstetrícia é definida como a ciência que irá definir as regras de um formato de assistência sob qualquer circunstância.

“Obstetrícia é a parte da Medicina que estuda os fenômenos da reprodução, na mulher. Ocupa-se, assim, com a gestação, o parto e o puerpério – investigando-lhes a fisiologia, a patologia e os acidentes – e dita as regras de sua assistência, em circunstâncias normais e sob condições anômalas” (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010, p.1, grifo do autor).

Para além da função de realizar o cuidado individual da gestante e seu bebê, a obstetrícia também é apresentada por alguns autores como a ciência responsável pela reprodução de uma nação, influenciando na quantidade e na qualidade de seus cidadãos.

“A obstetrícia é o ramo da medicina responsável pelo parto e pela assistência e tratamento da mãe antes e após o parto (Oxford English Dictionary, 1993). Portanto, a disciplina está relacionada principalmente com a gravidez, o trabalho de parto e o puerpério em circunstâncias normais e anormais. Em um sentido mais amplo, a obstetrícia está relacionada à reprodução de uma nação, porque está relacionada a todos os fatores fisiológicos, patológicos, psicológicos e sociais que influenciam profundamente tanto a quantidade quanto a qualidade de novas gerações de cidadãos” (CUNNINGHAM et al., 2000, p.1).

Visto que a obstetrícia chama para si a função de “ditar” regras e de responsabilizar-se sobre a tomada de decisão dos procedimentos relativos ao parto, mesmo em “circunstâncias normais”, torna-se possível inferir que tal posicionamento contribui para a materialização de situações assistenciais em que o (a) obstetra terá o poder de conduzir a assistência, sem que haja consulta ou discussão com a mulher ou com quaisquer outros atores que venham a fazer parte da cena do parto.

Esse tipo de posicionamento foi encontrado com mais frequência entre os manuais da categoria manejo ativo. Em “Obstetrícia” (FALCONE, 1983), o próprio método assistencial adotado - “Análgo Abreviação” - coloca a gestante a mercê daquilo

que o médico julgue necessário fazer, pois ela está anestesiada, em estado de torpor e dorme nos instantes finais.

“O feto, incontestavelmente, é beneficiado com o encurtamento do tempo de trabalho de parto e dispõe de um sistema de defesa contra a ação do barbitúrico. É notável o contraste que se observa, frequentemente, entre a criança que chora ao nascer e a parturiente que dorme nos últimos instantes do período expulsivo” (FALCONE, 1983, p.35).

O interessante é que, mesmo em manuais que possuem uma intenção de dirigir à mulher um olhar mais afetivo, por vezes, o seu nome sequer é citado, em uma representação do que poderíamos chamar de “apagamento estrutural” ou “invisibilidade estrutural”, situação que naturaliza a omissão da presença da mulher na cena do parto. Sabemos que ela faz parte da cena, mas ela não aparece, nem é mencionada, como pode ser visto no trecho abaixo:

“PERÍODO DE DILATAÇÃO

Cuidados gerais

Procede-se ao registro dos sinais vitais: temperatura, pulso, frequência respiratória e pressão arterial.

O Conforto moral que se proporciona com uma palavra carinhosa e de animação é indispensável na maioria das vezes” (GUARIENTO, 2011, p.448, grifo nosso).

Conforto moral que se proporciona a quem? Sabemos que o sentido é proporcionar um conforto moral à parturiente, contudo ela não aparece na frase. Não queremos dizer que todos os manuais excluam a figura da mulher, ou ainda que isso seja feito de forma proposital, mas, ao observarmos o conjunto dos manuais analisados, é assim que se apresenta.

De forma geral, os manuais definem que o parto é um processo fisiológico no qual o feto é expulso do útero pelas contrações uterinas e por esforços expulsivos. O útero aparece praticamente como uma entidade autônoma, sem sujeito, em que a pessoa

da mulher não aparece de forma clara, visível, identificável. Estabelecer relações afetivas de qualidade com “uma mulher invisível” estaria sujeita a vários entraves, que comprometem a fluidez e a eficácia de uma assistência em que sejam respeitados os direitos sexuais e reprodutivos.

A essa altura do estudo, nossas observações nos remetem, mais uma vez, às análises de Martin quando nos suscita a reflexão sobre qual seria o papel da mulher nesse processo de parturição.

“Se o útero é uma máquina considerada capaz de certo trabalho eficiente, qual é o papel da mulher? No primeiro estágio do trabalho de parto, ela é considerada uma hospedeira passiva do útero que se contrai” (MARTIN, 2006, p.114).

Contudo, se por um lado o relacionamento com a mulher em processo de parturição foi, em grande parte, da ordem parturiente – paciente, por outro lado também encontramos posicionamentos, em quantidade menos expressiva, que nos mostrou outras formas de cuidados igualmente possíveis.

Em “Rotinas em obstetrícia” (FREITAS et al., 2011), destacamos dois trechos em que a mulher aparece como parte integrante de momentos decisórios. Um deles se refere à escolha da via de parto em mulheres com cesárea prévia. Nele, os autores indicam que a gestante pode escolher entre realizar cesariana eletiva ou entrar em trabalho de parto, e que esta escolha deve ser de cada paciente a partir de esclarecimentos prestados por médico ou enfermeiro.

“A decisão quanto a forma de nascimento deve ser de cada paciente após discussão e orientação com o médico ou enfermeiro sobre os riscos adicionais no TP particularizados caso a caso, aumentando o seu conhecimento para que a opção seja feita em bases objetivas e não subordinada a fantasias sobre riscos hipotéticos” (FREITAS et al., 2011, p.321).

Pelo trecho acima é possível perceber a presença da “paciente” em um momento de tomada de decisão e, muito embora não seja possível avaliar em que grau a sua opinião será respeitada, ela é mencionada como participante da cena, com a observação de que deve ser informada sobre os aspectos que envolvem essa escolha.

Em outro trecho do capítulo, também encontramos outra menção sobre a importância de mantê-la informada e que ela faça parte do processo:

“Mediante o esclarecimento dos mecanismos e etapas e dos fenômenos da parturição, podem-se fornecer à grávida maior segurança e confiança. O apoio continuado dado às parturientes pelos profissionais de saúde diminui a necessidade de medicações analgésicas, as taxas de parto operatórias, as cesarianas e os índices de Apgar < 7 no quinto minuto (Hodnett, 2002)” (FREITAS et al., 2011, p.315).

Na sequência, o manual apresenta um quadro para representar que a falta de conhecimento e o não compartilhamento das informações com a gestante pode gerar um medo e uma tensão que têm como desfecho a dor.

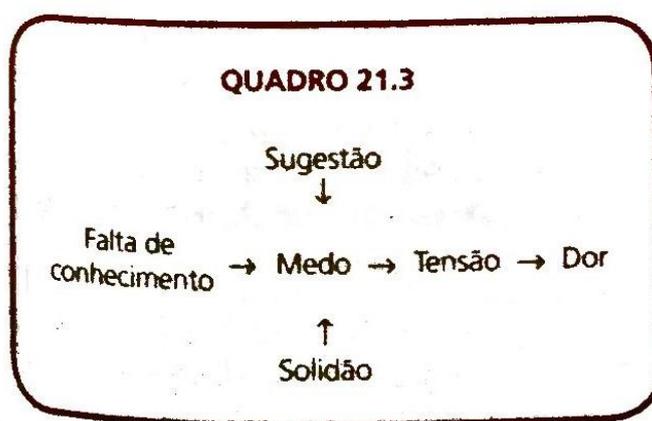


Figura 6.6 – Quadro: relação entre falta de conhecimento e Dor.
Fonte: Freitas et al, 2011, p.315.

Os manuais da categoria expectante são os que apresentam as expressões mais enfáticas de que a mulher deve ser considerada e tratada como protagonista do processo.

Encontramos expressões recomendando que, como protagonista, ela deve ter autonomia e deve participar das decisões sobre os procedimentos que irão compor a sua assistência.

“(…). Devemos reconhecer o papel a ser desempenhado pela mulher, ou seja, entendê-la como um ser, com desejos, temores, necessidades e direitos. Os princípios norteadores de um novo modelo de assistência devem ter a mulher como protagonista e com autonomia” (GRANDO, 2006, p.464).

Esse protagonismo não deve estar restrito às situações de normalidade, mas também se estende àquelas situações em que procedimentos mais invasivos são necessários. Em ambas situações, a mulher deve ser informada de todas as possibilidades de assistência que se aplicam ao seu caso.

“A paciente de alto risco em trabalho de parto precisa receber aconselhamento detalhado sobre a natureza de seus problemas, sobre a base racional dos exames e dos procedimentos e sobre todas as opiniões disponíveis para seu tratamento clínico” (EVANS, 2010, p.29).

Estudos como o de Diniz et al. (2014), afirmam que o compartilhamento de informação e a participação no processo decisório também se estenderiam ao acompanhante – que deve ser estimulado a participar de forma ativa e não apenas como espectador - onde o parto deve ser tratado como uma experiência familiar. Nesse aspecto, também encontraríamos diferenças significativas quando comparadas às diferentes categorias de manuais (DINIZ et al., 2014). Contudo, é importante destacar que a presença do acompanhante nos períodos do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato é regulamentada no ano de 2005, e que as diferenças de posicionamento ao longo do período também podem ser percebidas.

Na categoria manejo ativo, de uma forma geral, a figura do acompanhante sequer foi citada, com exceção de dois manuais. Um deles foi o “Obstetrícia”, de Rezende, da subcategoria manejo ativo a priori, que, entre as edições de 1982 e 2005,

orienta que os acompanhantes devem ser afastados, já que estes podem transmitir o nervosismo que seria prejudicial a essa parturiente, sob a justificativa de garantir um ambiente tranquilo e sereno e preservar o seu estado psíquico.

(...) Os familiares nervosos e as pessoas que, em grande número vão às Maternidades como acompanhantes, devem ser afastados (REZENDE, 1982, p.302).

O outro manual foi, na subcategoria manejo ativo condicional, o “Rotinas em Obstetrícia” que, desde a sua edição de 1997, defende a presença de um acompanhante junto à gestante como forma de lhe proporcionar maior segurança e confiança. Contudo, essa presença estaria condicionada às condições do local e da própria gestante.

“(…). Respeitadas as características individuais e as condições específicas de cada local, a presença do marido ou companheiro junto a parturiente durante o TP, contribui para a manutenção de um bom suporte emocional” (FREITAS et al., 1997, p.149).

Na edição de 2011, Freitas et al. destacam que a presença do acompanhante da escolha da gestante é um direito garantido por lei, podendo permanecer em todos os momentos de sua internação. Ressaltam ainda que as informações sobre resultado das avaliações realizadas e a discussão sobre condutas a serem adotadas devem ser feitas junto aos familiares da gestante.

Em 07 de abril de 2005, passou a vigorar no Brasil a Lei 11.108, que faz alterações na Lei 8.080 de 1990, garantindo à parturiente o direito de ter a presença de um acompanhante a sua escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, em todo o âmbito do Sistema Único de Saúde” (FREITAS et al., 2011, p.315).

Em relação a categoria expectante, essa foi a categoria em que mais ocorreram menções a questões relacionadas aos acompanhantes, tais como:

- A presença do pai da criança ou familiar seria importante como forma de prestar apoio psicológico para mulher, uma vez que essa presença e apoio auxiliaria no alívio da dor;
- A presença de um acompanhante contribuiria para a diminuição do tempo do primeiro estágio do parto, da solicitação de utilização de analgesia, da taxa de intervenções cirúrgicas;

“Muitos estudos revelaram que o uso de uma acompanhante diminui o tempo de fase ativa do parto, diminui a solicitação por analgesia com narcóticos e anestesia regional e diminui a taxa de intervenções cirúrgicas incluindo cesariana, enquanto mantém o desfecho materno e fetal (17)” (EVANS, 2010, p.35).

- A presença do acompanhante não só seria um direito garantido por lei, mas que deveria ser estimulado e, em caso de necessidade, a equipe deve prestar apoio físico e emocional a ele.

“Suporte social do parto

Toda mulher deve ser estimulada a escolher o responsável por seu suporte social no parto (companheiro, mãe, pai, amiga ou amigo ou uma doula). Os profissionais de saúde devem respeitar essa escolha e oferecer, além dos cuidados clínicos, apoio físico e emocional adequado. O direito a acompanhante é garantido por lei” (GRANDO, 2006, p.565, grifo do autor).

Em apenas um manual dessa categoria, encontramos oposição à presença do acompanhante, em casos específicos: “(...)Pessoas antipáticas à paciente, parentes nervosos ou pessimistas, que dificultam a ação do obstetra, devem ser diplomaticamente afastadas” (BARBOSA, 1988, p.545)

Sobre a doula, apenas dois manuais fazem referência à sua presença no processo parturitivo. Um foi no “Manual de Terapêutica: ecologia e obstetrícia”, da categoria expectante, em que ela aparece como um dos possíveis acompanhantes, e no “Rotinas

em Obstetrícia”, da subcategoria manejo ativo condicional, que ressalta os benefícios trazidos pela presença de uma doula junto da gestante.

“(…) A presença de uma doula, treinada para acompanhar todo o trabalho de parto, é útil para ajudar e dar confiança e coragem à mãe, estimulando-a a participar com maior satisfação do nascimento do bebê. Ela ajuda a parturiente a encontrar posições mais confortáveis, orienta formas de respiração e meios naturais que podem aliviar os desconfortos, como banhos, massagens e técnicas de relaxamento. A doula não substitui a presença do pai ou acompanhante, mas pode mostra-lhes como serem úteis. Essa prática de apoio emocional tem-se mostrado um método efetivo de suporte no parto” (FREITAS et al., 2011, p.315).

Quanto à enfermeira e demais componentes da equipe, estes foram bem pouco mencionados pelos manuais. Sua atuação foi associada à realização de exames e procedimentos na admissão ou no acompanhamento da gestante na primeira hora após a expulsão da placenta.

Os manuais que mais se dedicaram a questões referentes à enfermagem foram, na subcategoria manejo ativo condicional, o manual “Rotinas em Obstetrícia” (FREITAS et al., 2011)^{LVII} e, na categoria expectante, o “Manual de Obstetrícia” (EVANS, 2010), que afirma que a atuação do enfermeiro pode contribuir para um bom desfecho do parto e está relacionada a taxas de intervenção mais baixas.

“(…) Portanto, o TP, o parto e o puerpério são períodos nos quais a atenção médica e de enfermagem qualificada pode ser decisiva para o bom desfecho da gestação (organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2004)” (FREITAS et al., 2011, p.310).

“Outros estudos relevaram taxas de intervenção mais baixas para mulheres sob os cuidados de uma enfermeira-obstetiz, particularmente quando elas conseguem atuar em uma situação singular junto com a parturiente (18)” (EVANS, 2010, p.35) .

^{LVII} Lembrando que esse manual possui um capítulo específico sobre enfermagem obstétrica.

Apesar da posição defendida pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde Brasileiro, que ganharam força nos anos 1990, o reconhecimento da importância da atuação da enfermagem acompanhando e atuando de forma ativa em todo o processo do parto não foi evidenciado e incorporado pela maioria dos manuais. Desta maneira, fica evidente que o conteúdo transmitido pelos manuais não contempla uma formação médica que inclua esse reconhecimento.

Embora alguns manuais apresentem um posicionamento mais afinado com as reivindicações que apontam para uma assistência que seja mais pessoal, acolhedora, com respeito e garantia de direitos, tais como o de ter acesso à informação e receber os cuidados baseados em evidências, vimos que ainda existe um grande caminho a percorrer para que esses desejos estejam consolidados entre os conteúdos que são transmitidos pelos manuais de obstetrícia.

Considerações finais

O exercício de análise dos manuais de obstetrícia - instrumentos de cristalização e difusão de saberes e práticas que guiarão a formação dos profissionais da área obstétrica e sua atualização ao longo da sua vida profissional - nos levou a desvelar nuances da construção de estilos de pensamento da comunidade médica-obstétrica, que contribuem para a materialização de modelos de assistência ao parto de cunho intervencionista e médico centrado.

Os estilos de pensamento encontrados nos manuais de obstetrícia dialogam com aspectos centrais do pensamento social que se consolida nas últimas décadas do século XX. Estes manuais produzem, reproduzem e expressam um novo momento dos processos de medicalização, que já transcendeu em muito o campo médico. Como afirmam Clarke et al. (2010), os processos de medicalização são cada vez mais multidirecionais e multifocais, se estendem e se reconstituem através de formas e práticas sociais emergentes de uma biomedicalização, cada vez mais dependente de inovação, produção e incorporação tecnocientíficas, mais inserida nas lógicas econômicas do capitalismo neoliberal e que se impõe mais e mais como regime de verdade sobre a vida. Nas entrelinhas dos manuais de obstetrícia, podemos vislumbrar como esse processo de biomedicalização tem provocado mudanças no campo de produção do conhecimento e das práticas - que incluem diagnósticos, tratamentos, intervenções e tecnologias – com a intenção de cuidar de questões, não só relacionadas à saúde e à doença, mas de controle de como pensamos e vivemos a vida. A publicação dessas obras se insere em uma sociedade em que as noções de risco e segurança se encontram arraigadas, e resultam na construção e adoção de dispositivos que se articulam e reverberam em diferentes formas de relação.

Nossa trajetória analítica se iniciou com um olhar para os manuais de obstetrícia com a intenção de identificar quais características sobressaíam enquanto publicação textual, uma vez que a observação desses aspectos interfere na forma como apreendemos o seu conteúdo. Os manuais não apresentam um padrão que lhes confira uma uniformidade, nem em termos de quantidade de páginas, nem na forma de disposição dos conteúdos, nem na ênfase colocada nas várias temáticas, nem mesmo em sua linguagem e termos conceituais. Contudo, uma característica compartilhada pelo conjunto dos manuais é a busca pela atualização através da incorporação de recursos visuais mais sofisticados – figuras cada vez mais realistas e coloridas – assim como pela ampliação e inserção de temáticas, ao longo do período analisado.

Essa busca pela precisão das imagens acaba por contribuir subliminarmente para a construção de um estilo de pensamento cujo desfecho é um parto mais intervencionista e médico centrado. A “evolução” ou “aperfeiçoamento” dessas representações imagéticas dos estudos da anatomia e da fisiologia obstétrica estão em consonância com o avanço dessas especialidades, e ampliam a possibilidade de realização de intervenções e procedimentos. Como parte desse processo, o corpo feminino é transformado num objeto padronizado e estático e, em razão da inexistência de ressalvas quanto à possibilidade de diversidade de corpos femininos, as imagens também contribuem para uma uniformização, que vai compondo o imaginário médico-científico e que lhe permite a roteirização dos procedimentos aplicáveis a todos os partos.

A discussão em torno do realismo das imagens médico-científicas sobre o corpo feminino nos remete aos estudos de Martins (2005) em que trata das representações desse corpo no processo de constituição da obstetrícia científica no final do século XIX. Segundo a autora, a produção de imagens “hiperrealistas” que foram produzidas nos

laboratórios de anatomopatologia e nos exames clínicos, divulgadas em tratados de obstetrícia produzidos entre o século XVII e o século XIX, foram de fundamental importância para a produção do saber especializado sobre o corpo feminino (MARTINS, 2005).

O ímpeto de atualização dos manuais também se faz perceber pelas múltiplas edições e reedições observadas. Esse movimento de absorver inovações de distintas ordens não significa, contudo, descontinuidade de práticas e ideias marcadas pelo viés medicalizante.

Juntamente a esse processo de busca pela atualização dos manuais, ocorre também uma movimentação do mercado editorial, em que editoras de funcionamento independente são incorporadas por *holdings*, em transações que envolvem vultosos investimentos. Contudo, também foram encontradas editoras de menor porte, nas modalidades de cooperativa ou ligadas a uma instituição - com destaque para as instituições de ensino e pesquisa - que priorizam a publicação de obras de autores cuja produção de conhecimento está a ela vinculada.

A existência dessas diferentes empresas voltadas para publicação de manuais médicos acaba por ampliar as possibilidades de publicação e contribui para a diversidade dos manuais obstétricos. Ao articularmos a questão da busca pela atualização com o processo de criação de grandes empresas, nos interrogamos se essa conjuntura não estaria também relacionada à aceleração do processo de medicalização que, abarcando a criação de inovações técnicas, tecnológicas e instrumentais, gera uma demanda pela constituição de empresas que deem conta da rapidez da expansão desse mercado e a publicação desses manuais seria uma forma importante de difusão dessas inovações.

Clarke et al (2010) afirmam que, desde o final do século XX, a medicalização vem se intensificando com a adoção de novas tecnologias médicas e inovações clínicas que envolvem mudanças na economia política da saúde. Utilizando os termos “bioeconomia” – relacionada a esse vasto conjunto de novas atividades voltados para o cuidado da saúde - e “biocapital” – relacionado a um sistema que envolve capital e conhecimento que circulam e fazem movimentar o conjunto de atividades das ciências da vida-, as autoras nos sinalizam para a existência de imbricações entre capital e ciências da saúde. Essas considerações nos levam a questionar se esse quadro não poderia estar relacionado aos movimentos de busca por atualizações e mudanças no mercado editorial voltado para a publicação de manuais de obstetrícia.

Avançando em nossas considerações, dirigimos nosso olhar para as autorias dos manuais e fomos buscar os vínculos entre os agentes – autores e instituições -, o que nos permitiu a identificação de núcleos de produção de manuais marcados por sua localização geográfica. Consideramos que, o reconhecimento desses núcleos, têm uma relevância significativa para a compreensão de como se processam as trocas entre coletivos de pensamento, e ainda, por permitir dimensionar a influência que esses agentes exercem no campo de publicação de manuais de obstetrícia.

Pensando na totalidade dos manuais de obstetrícia produzidos, há de se considerar que essa influência tanto se dá em relação ao volume de vínculos, o que confere e ratifica um grande capital médico científico ao autor da obra, como também se relaciona ao capital político e social que ele possui. Um exemplo, contundente, de um autor que se destaca pelo grau de influência é Jorge de Rezende. Embora não tenha sido possível investigarmos a tiragem de cada uma das obras produzidas por Rezende, a quantidade de edições e reedições encontradas é um forte indício da grande influência que elas exercem e que se destacam quando comparadas com as demais obras de autores

brasileiros. Outro aspecto que nos demonstrou essa influência foi que os manuais de Rezende foram encontrados em todas as bibliotecas visitadas, com vários exemplares de diferentes edições, indicando que o seu uso tem sido frequente, e quiçá não seja o autor de obstetrícia mais lido em todo território nacional.

A influência de Rezende nos leva a outras considerações importantes. No capítulo em que classificamos os manuais em relação à sua proposta de modelo assistencial do parto, criamos duas categorias: a de manejo ativo - subdividida em manejo ativo a priori e manejo ativo condicional - e a categoria expectante. Na análise dos manuais brasileiros, a maioria (quinze títulos) era pertencente à subcategoria manejo ativo condicional, o que nos revelou um estilo de pensamento associado à medicalização da assistência. Em relação aos manuais brasileiros da categoria manejo ativo a priori e à categoria expectante, seus pesos numéricos eram equivalentes – cinco e seis respectivamente. Contudo, apesar da categoria manejo ativo a priori ser representada por poucos manuais, um deles é o de Jorge de Rezende, cuja difusão, número de edições e reedições e permanência ao longo do tempo, como já vimos, são muito superiores, quando comparados com a maioria dos outros manuais. Corroboram para esse entendimento, estudos como os de Nakano, Bonan e Teixeira (2016), que apresentam citação do próprio autor se auto definindo como “cesarianista convicto”, e confirmam o seu protagonismo no meio acadêmico e o seu papel como formador de opinião na obstetrícia brasileira por várias gerações de obstetras. Haja vista que seus livros são indicações recorrentes em ementas de disciplinas de cursos da área da saúde (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2016), e Rezende é correntemente reconhecido como um dos grandes autores da Obstetrícia (DINIZ, 2001).

Na sequência, analisamos a estrutura interna dos manuais como expressão de um processo de normalização do uso de intervenções. Ao fazer o escrutínio dos sumários,

encontramos que, em geral, seus formatos e disposição de conteúdos não fazem uma distinção clara entre o tipo de assistência que deve ser dispensada aos partos que se desenvolvem sem intercorrências, daquela assistência voltada a partos que apresentam algum problema clínico- obstétrico.

Outra questão analisada foram os termos e adjetivos empregados para qualificar o parto. Vimos que apesar das expressões “parto normal” e “parto fisiológico” serem comumente utilizadas em meio ao discurso apresentado pelos manuais de obstetrícia, esses sentidos acabam perdendo força e visibilidade em meio a tantas adjetivações, que vão sendo incorporadas e ressignificando o parto, para além do “normal” e do “fisiológico”: parto assistido, parto dirigido, parto conduzido, parto “espontâneo” com intervenção, “parto” abdominal, entre tantas outras. Os manuais afirmam o parto como fenômeno “fisiológico” - a fisiologia está lá – no corpo, que lhe é inerente, e o parto é uma de suas manifestações, mas essa fisiologia tem que ser assistida, vigiada, tutelada, controlada - por um obstetra, conhecedor dos seus perigos, expertos nas intervenções e possuidor de instrumentos para agir, com a pretensão de evitar os riscos e garantir a segurança da mãe e do bebê.

Para o enfrentamento do risco e para garantir a segurança, os manuais mostraram variações importantes na forma de prestar o cuidado no nascimento, embasadas em estilos de pensamento que oscilaram entre os mais e os menos intervencionistas. Contudo, apesar das diferenças encontradas, todos os manuais compartilham o estilo de pensamento de que o parto é um evento que necessita ser tutelado pela ciência médica-obstétrica, e não abrem espaço para outras perspectivas. Ao médico - como autoridade de direito para definir o que é normal ou não no processo de parturição - é atribuído o poder de decidir sobre o uso ou não uso de procedimentos e intervenções, e sobre qual o

momento de realizá-los. Tal postura dialoga com o que havíamos discutido quando observamos os aspectos relacionados às adjetivações do parto.

Esses aspectos que percorrem os estilos de pensamento dos médicos, tanto os mais intervencionistas como os conservadores, se refletem, então, na assistência, no que tange às estratégias de segurança que serão adotadas, na indicação de quais cuidados e intervenções devem ser realizadas e nos atores que irão compor a cena do parto, questões estas que foram discutidas ao longo do último capítulo da tese.

Sobre o local do parto, todos os manuais, independente da categoria, indicam que ele deve ocorrer no hospital, por ser local mais seguro e porque ali existiriam os recursos materiais e humanos necessários para se atuar, vigiando, prevenindo e minimizando os riscos do parto e intervindo, se necessário. A tendência que se consolidou no século XX, de um modelo hospitalocêntrico, é reiterada nos tratados de obstetrícia contemporâneos. Em relação ao espaço dentro do hospital, vimos um predomínio de realização de partos dentro do centro obstétrico.

Além do parto ser realizado no hospital, também aparece como recomendação a construção de um roteiro a ser seguido no decorrer do processo de assistência. Na construção desse roteiro, devem ser levados em consideração os estágios do parto e o tempo de duração de cada um deles, embasados em um pensamento metafórico que associa o corpo da mulher a uma máquina e que, em casos em que apresente algum “defeito”, deve sofrer intervenção profissional para que sejam realizadas as “correções” necessárias.

Na cena de parto, de grande parte dos manuais, a mulher aparece descrita como paciente, em uma relação marcada pela impessoalidade e objetificação. Nessa cena, sabemos que a mulher está ali por dedução, na medida em que o útero é mencionado, a contração é mencionada, o bebê é mencionado, mas a mulher como sujeito é

praticamente “invisível”, quando observado o conjunto da construção textual. De forma menos frequente, encontra-se manuais com recomendações que concedem algum reconhecimento da mulher como protagonista do processo de parturição, e que ressaltam a importância dela ser informada de todas as possibilidades de assistência no seu decorrer.

O acompanhante também foi uma figura presente na cena do parto, mas com diferenças significativas quando comparadas as categorias de manual. Enquanto na categoria manejo ativo a figura do acompanhante foi muito pouco citada, na categoria expectante encontraríamos argumentos sobre os benefícios e contribuições da sua presença junto à mulher. A doula foi mencionada em apenas dois manuais e mesmo assim naqueles mais recentes Grandó (2006) e Freitas et al. (2011).

Quanto à enfermeira e demais componentes da equipe, estes foram bem pouco mencionados pelos manuais, evidenciando um distanciamento entre o estilo de pensamento médico-obstétrico e as proposições de movimentos de transformação do modelo de assistência obstétrica que entendem que outros, e não só os médicos, deveriam ter um papel ativo na assistência. A resistência dos médicos a uma assistência multiprofissional se constitui como mais um desafio a ser enfrentado para o estabelecimento de um cuidado de qualidade para as gestantes e seus bebês, uma vez que a interação entre todos os profissionais habilitados em prestar a assistência é um aspecto de fundamental importância, na perspectiva de projetos de assistência como os dos movimentos de humanização do parto.

Chegando ao final de nossas análises, percebemos que o conteúdo encontrado nos manuais se mostrou predominantemente intervencionista, com pouca ênfase para as questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Vimos que, apesar de o ativismo social em prol de mudança do modelo de assistência obstétrica -

entre os quais se encontram grupos feministas, movimentos de humanização do parto, associações de obstetras, enfermeiras e doulas -, a Organização Mundial de Saúde, a saúde pública brasileira (nas últimas três décadas), a Medicina Baseada em Evidências, entre outros, advogarem a favor de um parto como experiência pessoal e ao mesmo tempo familiar, em que o acompanhante possa ter uma participação ativa e onde o caráter sexual do evento não seja desprezado, esses componentes não foram muito frequentes nem reconhecidos como relevantes nos manuais analisados.

Contudo, apesar dessa pouca frequência, não podemos deixar de ressaltar que esse tipo de abordagem não foi totalmente ausente e que, apesar de não se constituir como maioria, alguns manuais nos sinalizaram para um cuidado em que as necessidades da mulher e seus direitos aparecem descritos e recomendados, o que consideramos um dado muito positivo. Positivo tanto pelo fato deles serem citados, mas também porque se eles estão sendo citados, isso nos sinaliza que as reivindicações e as lutas por um parto adequado e submetido às necessidades de quem está sendo assistida, em substituição ao parto impessoal marcado por um cuidado mecânico, estão sendo ouvidas.

Dessa maneira, compreendemos que quanto mais efetivos forem esses movimentos, quanto mais intensa e frequente for a interlocução entre todos os atores envolvidos no evento, maior será a possibilidade de chegarmos a um patamar em que os instrumentos utilizados na formação dos obstetras sejam constituídos pelos elementos que se desejam de uma assistência em que a mulher seja “vista”, seja bem acolhida e tratada como pessoa de direito. Na medida em que ela seja vista torna-se possível atender as suas necessidades pessoais, necessidades essas que diferem de mulher para a mulher.

Ao atingirmos esse ponto de chegada, também percebemos as ausências e lacunas de nosso trabalho que mereceriam ser mais profundamente exploradas, já que

nesse percurso, em vários momentos, necessitamos fazer escolhas. Entre essas questões, consideramos que a busca de vínculos entre os agentes (autores e instituições) relacionados à escrita e publicação de manuais, mereceria um trabalho de investigação mais aprofundado, através da realização de um mapeamento de relacionamento múltiplos que gerasse informações mais detalhada sobre o tráfego de conhecimento produzido pelos manuais. A ampliação desses estudos poderia identificar se os núcleos que encontramos se constituiriam como coletivos de pensamento que marcariam a formação de “escolas obstétricas”^{LVIII}.

A realização de um estudo nessa linha de investigação, com a adoção de uma metodologia apropriada para realização de pesquisa com fontes orais, em muito enriqueceriam a compreensão de questões referentes à origem e às influências que atuam na formação do estilo de pensamento de cada uma dessas “escolas obstétricas”, vindo a se constituir como subsídio para programas voltados ao estabelecimento de conexões com campo de produção de conhecimento obstétrico, auxiliando para que essas produções estejam afinadas com as recomendações e desenhos de cuidado que se deseja implementar.

Outra ausência que identificamos diz respeito à análise de questões sobre os cuidados do feto ainda em ambiente uterino durante o trabalho de parto, assim como sobre os cuidados do bebê no pós-parto imediato, buscando a identificação das recomendações que têm sido prescritas e analisá-las quanto à adoção de procedimentos que possam estar associados com desfechos de parto com maior intervenção médica.

^{LVIII} A expressão “escolas obstétricas” foi empregada por Bussâmara Neme em referência a “Escola Obstétrica Paulista”. Neme, no prefácio de seu manual “Obstetrícia Básica” (NEME, 1994; 2000; 2005) expressa: “(...) Todos militantes em Instituições dirigidas por professores que direta ou indiretamente foram, como eu fui, formados sob a égide de Raul Briquet, fundador inquestionável da Escola Obstétrica Paulista” (NEME, 2005, p.[viii]), ratificando a existência de uma base teórica de formação associada a uma localização geográfica.

E por fim, a ampliação do estudo abarcando a análise de outros capítulos que tratam de temáticas relacionadas à assistência, tais como o da enfermagem obstétrica, o da humanização do parto, das questões éticas, como forma de ampliar nossas considerações sobre as posições assumidas por esses manuais de obstetrícia.

Referências

AFONSO, M. I. Manual escolar: guia de estudo ou prática de competências? Estudo com professores e alunos do ensino secundário. **História & Ensino**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 113-126, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/histensino/article/view/11606> . Acesso em: 20 jan. 2020.

AFONSO, M. I. **O papel do manual de História no desenvolvimento de competências: um estudo com professores e alunos do ensino secundário**. 2013. 343 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Educação - Universidade do Minho, Braga. 2013. Disponível em: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/34606/1/Maria Isabel Bexiga Afonso.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/34606/1/Maria%20Isabel%20Bexiga%20Afonso.pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.

ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. de. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 819-827, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400012&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 20 ago. 2018.

ARONOWITZ, R. A. The convergence experience os risk and diease. **Milbank Q**, [s.l.], v. 87, n. 2, p. 417-442, jun. 2009.

BANKOWSKI, B. J. et al. **Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BARBOSA, D. Quem é a Pearson, que comprou o Grupo Multi por R\$1,7 bi. **Exame**. 2013. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/negocios/quem-e-a-pearson-que-comprou-o-grupo-multi-por-r-1-7-bi/>. Acesso em: 5 jan. 2020.

BARBOSA, L. A. H. **Obstetrícia Normal e Patológica**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988 (vol. 2).

BARROS, D. N. de; LINS, F. E.; GALHARDO, J. **Obstetrícia: conceitos e condutas - Adotados pelo Hospital Maternidade Praça XV e Hospital PRO MATRE**. Rio de Janeiro: Folha Carioca Editora Ltda., 1987.

BENSON, R. C. **Diagnóstico e tratamento em obstetrícia e ginecologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

BENSON, R. C. **Manual de obstetrícia e ginecologia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

BENZECRY, R. **Tratado de Obstetrícia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

BITENCOURT, F.; BARROSO-KRAUSE, C. Centros de parto normal: componentes arquitetônicos de conforto e desconforto. In: CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH / SEMINÁRIO DE ENGENHARIA CLÍNICA. I / IV., 2004, Salvador. **Anais...** São Paulo: ABDEH, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_parto_nacional.pdf. Acesso em: 11 out. 2016.

BLOOMBERG. **Company Overview of McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.** Disponível em: <https://www.bloomberg.com/research/stocks/private/snapshot.asp?privcapId=30821284>. Acesso em: 1º ago. 2018.

BOARETTO, M. C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro.** 2003. 141 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/boarettomcm.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2018.

BOURDIEU, P. Le champ scientifique. **Actes de La Recherche en Sciences Sociales**, Paris, v. 2, n. 2-3, p. 88-104, 1976.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência:** por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

BOURDIEU, P.; CHARTIER, R. A leitura: uma prática cultural. In: CHARTIER, R (Org.). **Práticas da Leitura.** 5ª ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2011. p. 231-253.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 985, de 05 de agosto de 1999.** Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. 1999. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_985.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.

BRASIL. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** Recife, v. 2, n. 1, p. 69-71, jan.-abr. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n1/v2n1a11.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.067, de 4 de julho de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e garante o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. 2005a. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_395287_PORTARIA_N_1067_DE_4_DE_JULHO_DE_2005.aspx. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 2.418, de 2 de dezembro de 2005.**

Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais. 2005b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011a. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CABRAL, A. C. V. **Obstetrícia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

CALDEYRO-BARCIA, R. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. In: CONGRESSO INTERNACIONAL COMMEMORATIVO: ANO INTERNACIONAL DEL NIÑO. 1979, montevideo. **Anais...** Montevideo: Centro latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1979 (nº 858).

CAMANO, L. **Assistência ao parto e tocurgia**: manual de orientação. São Paulo: FEBRASGO, 2002.

CAMANO, L. **Guias de Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2003.

CAVALCANTI, P. C. da S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, dez. 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en. Acesso em: 10 out. 2016.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 295-315.

CHACHAM, A. S. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com “um risco” e a medicalização do parto no Brasil. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Orgs.). **Diálogos em psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 420-451.

CHARTIER, R. **A aventura do livro: do leitor ao navegador: conversações com Jean Lebrun**. [São Paulo]: UNESP, 1998.

CHARTIER, R (Org.). **Práticas da Leitura**. 5ª ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2011.

- CHAVES NETTO, H. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
- CHAVES NETTO, H.; SÁ, R. A. M. de. **Manual de condutas em obstetrícia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1998.
- CHAVES NETTO, H.; SÁ, R. A. M. de. **Obstetrícia Básica**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.
- CHOPPIN, A. Pasado y presente de los manuales escolares. **Revista Educación y Pedagogía, Medellín**, v. XIII, n. 29-30, p. 209-229, 2001.
- CLARKE, A. et al. **Biomedicalization: Technoscience, Health and Illness in the US**. Durham: Duke University Press, 2010.
- COHEN, R. The Media Business; Simon & Schuster to Absorb Prentice Hall Press Division. **The New York Times**, New York, 10 jul. 1991. Disponível em: <https://www.nytimes.com/1991/07/10/business/the-media-business-simon-schuster-to-absorb-prentice-hall-press-division.html>. Acesso em: 2 jan. 2020.
- COLE, R. J. Prentice accepts \$ 71 BID by G. & W. **The New York Times**, New York, 27 nov. 1984. Disponível em: <https://www.nytimes.com/1984/11/27/business/prentice-accepts-71-bid-by-g-w.html>. Acesso em: 2 jan. 2020.
- CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 209-232, 1992.
- COOPMED. **Institucional**. Disponível em: <https://www.coopmed.com.br/index.php/editora>. Acesso em: 26 jul. 2018.
- CORRÊA, M. D. **Noções práticas de obstetrícia**. 10ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 1988.
- CORRÊA, M. D. **Noções práticas de obstetrícia**. 14ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.
- COSTA, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 979-1009.
- CUNNINGHAM, F. G. et al. **Williams Obstetrícia**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v. 359, n. 11, p. 1681-1685, maio 2002.

- D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 646-654, ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25539.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.
- DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. de. Assistência ao parto normal no domicílio. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 62-68, nov. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7828.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.
- DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 75, Suppl. 1, p. S5-S23, nov. 2001.
- DAVIS, J. E. How medicalization lost its way. **Society**, v. 43, n. 6, p. 51-56, set. 2006.
- DECHERNEY, A. H.; NATHAN, L. **Obstetrícia e ginecologia: diagnóstico e tratamento**. 9ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2004.
- DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetrícia Normal Briquet**. 3ª ed. São Paulo: Sarvier, 1987.
- DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas Maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-626, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a18v10n3.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2018.
- DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/13.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.
- DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma relitura médico-social**. 1996. 222 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, 1996. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assistência ao parto e relações de gênero.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assistência%20ao%20parto%20e%20relações%20de%20gênero.pdf). Acesso em: 25 jun. 2019.
- DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. 254 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, 2001. Disponível em: <https://docplayer.com.br/32913-Entre-a-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.html>. Acesso em: 25 jun. 2019.
- DINIZ, C. S. G. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Suppl. 1, p. S140-153, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 19.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o "corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20E2%80%9Ccorte%20por%20cima%20e%20o%20E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%20E2%80%9D.pdf. Acesso em: 15 abr. 2016.

DINIZ, S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19921/21998>. Acesso em: 23 abr. 2016.

DINIZ, S. G. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 217-220, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0217.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

DINIZ, S. G. Parto no Brasil [entrevista concedida à Mariana Portella e Allan Monteiro]. **Revista Coletiva**, Campinas, n. 9, set.-dez. 2012. Disponível em: <http://coletiva.labjor.unicamp.br/index.php/entrevista/?n=76>. Acesso em: 02 out. 2015.

DINIZ, S. G.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**, Londres, v. 20, n. 40, p. 94-101, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. **Reproductive Health**, Londres, v. 13, S3, n. 115, p. 187-197, 2016.

EDITORA DA UNIVERSIDADE DE CAXIAL DO SUL (EDUCS). **Apresentação**. Disponível em: <https://fundacao.ucs.br/site/editora/a-editora/>. Acesso em: 26 jul. 2018.

ELLIS, J. W.; BECKMANN, C. R. **Manual de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1986.

EVANS, A. T. **Manual de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FALCONE, I. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu Ltda, 1983.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, jun. 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a03.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

FIGUEIREDO, B. G. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 25, p. 59-73, jun. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a05.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

FIGUEIRÔA, S. F. de M. A French author in a Brazilian library: Nerée Boubée (1806-1862) and his textbooks on geological sciences. **Centaurus**, p. 1-17, 2018.

FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, fev. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2001.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GABBE, S. G.; NIEBYL, J. R.; SIMPSON, J. L. **Obstetrícia gestações normais & patológicas**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2017.

GOMES, M. A. M. Organização da assistência perinatal no Brasil. In: MOREIRA, M. E.

L.; LOPES, J. M. de A.; CARVALHO, M. de (Orgs.). **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2019.

GONZÁLES, C. P. A. **Cuidados y mundo material: el caso de La enfermería y latecnologia (1855-1955)**. 2015. 279 f. Tese (Doutorado) - Programa de Doctorado: Enfermería y Cultura de los Cuidados - Universidad de Alicante, Valência, 2015. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50932/1/tesis_arredondo_gonzalez.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

GRANDO, L. B. **Manual de terapêutica em ginecologia e obstetrícia**. Blumenau: Nova Letra, 2006.

GRELLE, F. C.; AMARAL, L. B. D. do A. **Obstetrícia: texto básico para estudantes de medicina**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

GRUPO “A”. **Institucional**. Disponível em: <https://www.grupoa.com.br/institucional>. Acesso em: 26 jul. 2018.

GRUPO ATHENEU (ATHENEU). **Quem somos**. Disponível em: <https://www.atheneu.com.br/quem-somos>. Acesso em: 1º jan. 2020.

GRUPO BERTELSMANN BRASIL (BERTELSMANN). **Perfil corporativo**. Disponível em: <https://www.bertelsmann.com.br/grupo-bertelsmann/perfil-corporativo.html>. Acesso em: 5 jan. 2020.

GRUPO EDITORIAL NACIONAL (GEN). **Quem somos**. Disponível em: <https://marcom-gen.wixsite.com/valoriza/sobre>. Acesso em: 9 maio 2018.

GRUPO EDITORIAL NACIONAL - EDUCAÇÃO (GEN EDUCAÇÃO). **Institucional**. Disponível em: <http://geneducacao.com.br/>. Acesso em: 31 jan. 2020.

GRUPO EDITORIAL NACIONAL (GEN). **Institucional**. GEN. Disponível em: <https://www.grupogen.com.br/quem-somos/>. Acesso em: 09 maio 2020.

GUARIENTO, A. **Obstetrícia Normal, Raul Briquet (in memoriam)**. Barueri: Manole, 2011.

GUIMARÃES, M. R. C. Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 501-514, ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n2/16.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

HACKER, N. F.; MOORE, J. G. **Fundamentos de ginecologia e obstetrícia**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HOPER EDUCAÇÃO (HOPER). **Institucional**. Disponível em: <https://www.hoper.com.br/hoper>. Acesso em: 1º jan. 2020.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 2007. 361 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/publico/sonianhotimsky.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

HOTIMSKY, S. N. A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. In: Encontro Nacional de Antropologia do Direito. I., 2009. **Anais...** São Paulo: **ENADIR, 2009**. Disponível em: https://www.academia.edu/21564891/A_violência_institucional_no_parto_no_processo_de_formação_médica_em_obstetrícia. Acesso em: 15 ago. 2018.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO PIAGET. **Visão e estratégia**. Disponível em: <https://ipiaget.org/visao-e-estrategia/>. Acesso em: 27 jul. 2018a.

INSTITUTO PIAGET. **Ler. Pensar. Saber**. Disponível em: <http://www.ipiageteditora.com/edicoespiaget/>. Acesso em: 27 jul. 2018b.

KÄMPF, C.; DIAS, R. de B. A episiotomia na visão da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia. **História, Ciências e Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1155-1160, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-1155.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

KOIKE, B. Grupo A Educação adquire GSI. **Valor econômico**, São Paulo, 28 set. 2011. Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2011/09/28/grupo-a-educacao-adquire-gsi-online.gh.html>. Acesso em: 1º jan. 2018.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2011.

LATOUR, B. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: UNESP, 2000.

LEAL, M. do C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Suppl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

LEAL, M. do C. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, Suppl. 3 (127), p. 163-174, out. 2016. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016->

0230-0?site=reproductive-health-journal.biomedcentral.com. Acesso em: 15 jan. 2018.

LEVENO, K. J. et al. **Manual de obstetrícia de Williams**. 21ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LIMA, A. L. G. A psicologia ensinada a normalistas: um estudo de manuais de ensino. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 23-31, jan.-abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pee/v20n1/2175-3539-pee-20-01-00023.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2019.

LIVRARIA FLORENCE (FLORENCE). **Sobre a Artes Médicas editora**. Disponível em: <https://www.livrariaflorencia.com.br/artes-medicas?map=c>. Acesso em: 27 jul. 2018a.

LIVRARIA FLORENCE (FLORENCE). **Manole**. Disponível em: <https://www.livrariaflorencia.com.br/manole?map=c>. Acesso em: 30 jul. 2018b.

LIVRARIA FLORENCE (FLORENCE). **Roca**. Disponível em: <https://www.livrariaflorencia.com.br/roca?map=c>. Acesso em: 1º ago. 2018c.

LÖWY, I. Ludwik Fleck e a presente história das ciências. **História, Ciências e Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-18, out. 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a03v01n1.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2018.

LUPTON, D. Foucault and the medicalisation critique. In: BUNTON, R.; PETERSEN, A. (Orgs.). **Foucault, Health and Medicine**. London: Routledge, 1997. p. 94-110.

LUPTON, D. **Risk**. 2ª ed. New York: Routledge, 2013.

MACEDO, P. de O. et al. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 306-312, set.-dez. 2005.

MADI, J. M. et al. **Condutas em Clínica Obstétrica**. Caxias do Sul: Educs, 2007.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2017.

MANOLE. **Institucional**. Disponível em: <https://www.manole.com.br/institucional/quem-somos>. Acesso em: 26 jul. 2018.

MARIANI NETTO, C.; TADINI, V. **Obstetrícia & ginecologia**: manual para o residente. São Paulo: Roca, 2002.

MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINI, J. G.; BECKER, S. greice. A acupuntura na analgesia do parto: percepções das parturientes. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 589-94, 2009. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/eean.edu.br/pdf/v13n3a19.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2017.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-666, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2005000300011/7719>. Acesso em: 28 abr. 2018.

MATOS, G. C. De et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem - UFPE**, Recife, v. 7, n. 3, ed. espec, p. 870-878, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11552/13485>. Acesso em: 20 out. 2018.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Rezende, Obstetrícia fundamental**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Obstetrícia**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Rezende, Obstetrícia Fundamental**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MORON, A. F.; CAMANO, L.; KULAY JUNIOR, L. **Obstetrícia**. 2ª ed. Barueri: Manole, 2011.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, São Paulo, v. 25, p. 197-219, jul.-dez. 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/revph/article/view/10588>. Acesso em: 22 jan. 2015.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>. Acesso em: 28 out. 2018.

NAKANO, A. R. **Uso de tecnologias e as transformações nas práticas sociais e de nascimento no Brasil: uma normalização da cesárea?**. 2015. 241 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher e da Criança - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), Rio de Janeiro, 2015.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 885-904, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00885.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: um análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge Rezende. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 155-172, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n1/0104-5970-hcsm-23-1-0155.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 415-432, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00415.pdf>. Acesso em: 25 out. 2017.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Sarvier, 1994.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3ª ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

NETO, L. Um passeio pelo Brasil para fazer reflexões sobre a bibliodiversidade. **Publishnews**, São Paulo, 7 out. 2019. Disponível em: <https://www.publishnews.com.br/materias/2019/10/07/um-passeio-pelo-brasil-para-fazer-reflexoes-sobre-a-bibliodiversidade>. Acesso em: 31 jan. 2020.

NICIDA, L. R. de A. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1147-1154, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-1147.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2018.

NICIDA, L. R. de A. et. al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, no prelo.

NILSEN, E.; SABATINO, H.; MORAES, M. H. B. De. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 557-565, 2011. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a02.pdf. Acesso em: 31 jan. 2018.

NISWANDER, K. R. **Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1984.

NISWANDER, K. R.; EVANS, A. T. **Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

NIY, D. Y. et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180074.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2020.

PEARSON. **História**. Disponível em: <https://br.pearson.com/sobre-nos/historia.html>. Acesso em: 3 jan. 2020.

PEARSON BRASIL. **Pearson - livros universitários**. Disponível em: <https://br.pearson.com/ensino-superior/livros-universitarios.html>. Acesso em: 5 jan. 2020.

PEARSON EDUCATION. **About Pearson Prentice Hall**. Disponível em: http://www.phschool.com/about_ph/. Acesso em: 2 jan. 2020.

PEREIRA, A. L. de F.; MOURA, M. A. V. Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implementação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 872-879, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a19v43n4.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2018.

PETERSEN, A. **The Body in Question**. A Social-Cultural Approach. London: Routledge, 2007.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 179-195, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742001000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 jan. 2018.

PIRES, Á. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 154-214.

PIRES, P. R. A marca do Z: A vida e os tempos do editor Jorge Zahar. **Google Books**. Zahar, 2017. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=e2k9DwAAQBAJ&pg=PT239&lpg=PT239&dq=Abraham+Koogan+guanabara+koogan&source=bl&ots=RctIWYLOAg&sig=RUYXyPV3WkVo-KkOkp6rxzoovRQ&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjF56iO1-raAhVGkpAKHQFpD28Q6AEITTAH#v=onepage&q=Abraham Koogan guanaba>.

Acesso em: 31 jan. 2020.

PRITCHARD, J. A.; MACDONALD, P. C. **Williams Obstetrícia**. 16ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1983.

PUBLISHNEWS. Editora alemã compra brasileira especializada em livros médicos. **Publishnews**, Redação, 28 jul. 2016. Disponível em: <http://www.publishnews.com.br/materias/2016/07/28/editora-alema-compra-brasileira-especializada-em-livros-medicos>. Acesso em: 31 jul. 2018.

RATTNER, D. et al. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Revista Tempus - Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849>. Acesso em: 25 mar. 2015.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO (REHUNA). **Convite para a IV Conferência Internacional de humanização do parto e nascimento de 2016**. Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/seminario/eventos/57-iv-conferencia-internacional-de-humanizacao-do-parto-e-nascimento>. Acesso em: 2 out. 2015.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1982.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1987.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1991.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1984.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1987.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RIBEIRO, D.; NEVES, F. [Espontâneo]. Dicio, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2018a.

RIBEIRO, D.; NEVES, F. [Livro]. Dicio, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2018b.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise de discurso: o lingüístico e seu retorno. **Delta**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 29-52, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44502006000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jul. 2018.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Revista Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 119-126, mar. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>. Acesso em: 20 jan.. 2018.

ROCHA, J. S. Y.; ORTIZ, P. C.; FUNG, Y. T. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 457-466, dez. 1985. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1985000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 ago. 2017.

RODRIGUES, L. O. **Parir é libertário: etnografia em um grupo de apoio ao parto humanizado de Recife/PE**. 2015. 247 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/18596>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SARVIER. **Nossa História**. Disponível em: <http://www.sarvier.com.br/institucional/quem-somos/4/>. Acesso em: 31 jul. 2018.

SILVA, F. et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde e Sociedade** [online], São Paulo, v. 28, n. 3, p. 171-184, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300171&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

THIEME REVINTER (REVINTER). **Quem somos**. Disponível em:

<https://www.thiemerevinter.com.br/quem-somos>. Acesso em: 31 jul. 2018.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas** [online], Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>. Acesso em: 25 jan. 2016.

TUCKER, E.; SCHRAGE, M. Publishing Firm Ends Operations In Reston Unit. **The Washington Post**, Washington, 15 maio 1985. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/archive/business/1985/05/15/publishing-firm-ends-operations-in-reston-unit/bfe999ae-bffe-474a-a00e-c0c357fa6f45/>. Acesso em: 2 jan. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUI DE FORA (UFJF). **Transporte/Técnicas de transferência e posicionamento do paciente**. Disponível em: <http://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/POP-FACENF-Transporte-e-mobilizações-n.-081.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

VASCONCELOS, A. A. de. **A atuação das enfermeiras na humanização do parto e nascimento no Distrito Federal**. 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - Universidade de Brasília (UNB), 2010. Disponível em: http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/7867/1/2010_AlessandraAlvesdeVasconcelos.pdf. Acesso em: 8 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 24, n. 2, p. 436-437, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva**. Organización Panamericana de la Salud, Washington, v. Licencia, n. CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2019. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 jan. 2020.

ZOLA, I. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**, v. 4, p. 487-504, nov. 1972. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>. Acesso em: 26 ago. 2016

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2015.

ZUGAIB, M.; BITTAR, R. E. **Zugaib obstetrícia**. Barueri: Manole, 2008.

Apêndices

Apêndice A



Lucia Nicida <lucia.nicida@gmail.com>

Revista Ciência & Saúde Coletiva | Seu artigo foi aprovado (Prelo)

7 mensagens

Revista Ciência & Saúde Coletiva <webmaster@fw2web.com.br>

15 de fevereiro de 2019 10:51

Responder a: Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciasaudecoletiva@fiocruz.br>

Para: Lucia Regina de Azevedo Nicida <lucia.nicida@gmail.com>

Cc: Claudia Bonan Jannotti <cbonan@globo.com>, Andreza Rodrigues Nakano <andrezaenfemeira@gmail.com>, Luiz Antônio da Silva Teixeira <luzitei3@gmail.com>



Prezado(a) autor(a),

Seu artigo, Medicalização do parto: Os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil., acaba de ser **aprovado** pela Editoria da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Neste momento, pedimos atenção especial para que mantenha seus dados cadastrais atualizados. Verifique se os nomes dos autores, ordem de importância, instituição e e-mail no artigo estão corretos. Solicitamos também que o seu Currículo Lattes esteja sempre atualizado.

Qualquer mudança ou correção, pedimos ao primeiro autor que, por favor, informe-nos no prazo de até 10 dias corridos pelo e-mail: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Gratos pela compreensão.

Artigo - Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil

Medicalization of childbirth: the meanings attributed by the literature on childbirth care in Brazil

Lucia Regina de Azevedo Nicida

Luiz Antônio da Silva Teixeira

Andreza Rodrigues Nakano

Claudia Bonan Jannotti

Resumo

Este estudo analisa os sentidos atribuídos ao conceito de medicalização do parto a partir de uma revisão narrativa de literatura em periódicos nacionais publicados entre 2000 e 2017. Parte-se da concepção mais geral sobre medicalização – entendida como o processo pelo qual a medicina amplia e consolida a sua área de atuação nos diversos campos da sociedade – e das diferentes formulações do conceito concebidas por estudiosos do século XX. Foram construídas cinco categorias que relacionaram medicalização do parto com: a) intervenções, b) disputa profissional, c) violação de direitos das gestantes, d) cenário do parto e e) reflexo da medicalização da sociedade. Nas quatro primeiras categorias encontramos um predomínio de sentidos que exploram uma interface entre medicalização e humanização, constituindo-se como duas supercategorias analíticas, com um predomínio de uma crítica ao modelo medicalizado. Fugindo a este modelo de análise, a categoria medicalização do parto como reflexo da medicalização da sociedade se concentra em torno de um sentido de medicalização do parto como parte de um processo mais amplo que envolve diferentes atores que seriam co-partícipes no processo de assistência, apontando para uma possibilidade de análise mais aprofundada em que considera a complexa conexão entre saúde e sociedade moderna.

Medicalização, Assistência ao parto, Saúde da mulher

Abstract

This study analyzes the meanings attributed to the concept of medicalization of childbirth from a narrative review of literature in national journals published between 2000 and 2017. It is based on the more general conception about medicalization - understood as the process by which medicine broadens and consolidates its area of activity in the various fields of society - and the different formulations of the concept conceived by twentieth-century scholars. Five categories were created that related the medicalization of childbirth with: a) interventions, b) professional dispute, c) violation of the rights of pregnant women, d) the birth scenario, e) reflection of the medicalization of the society. In the first four categories we find a predominance of meanings that explore an interface between medicalization and humanization, constituting as two analytical supercategories, with a predominance of a critique of the medicalized model. Fleeing this analysis model, the category medicalization of childbirth as a reflection of the medicalization of the society focuses around a sense of medicalization of childbirth as part of a broader process involving different actors who would be part of the care process, pointing to a possibility of further analysis in which it considers the complex connection between modern health and society.

Medicalization, Childbirth Care, Women's Health

Introdução

No Brasil, o parto realizado em hospitais e acompanhado por equipe médica se afirmou a partir das três últimas décadas do século XX¹. Tal modelo contribuiu significativamente para a redução da mortalidade materna e perinatal²⁻³, no entanto, trouxe consigo críticas e incertezas, na maior parte das vezes relacionadas ao processo de standardização de procedimentos caracterizados como intervenções no processo fisiológico do parto. Ainda nos anos 1950 surgiram as primeiras críticas ao modelo medicalizado⁴, mas seria na década de 1980 que as reivindicações por mudanças na assistência ao parto, se intensificariam, em um movimento que no Brasil foi denominado de “humanização do parto”.

As propostas dos grupos pela “humanização do parto” foram debatidas em uma conferência internacional de consenso sobre o uso apropriado de tecnologia no pré-natal, no parto e no nascimento⁴⁻⁵, organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/OMS, em Fortaleza, em 1985. A conferência reconheceu o parto como um evento natural e normal, afirmando que não havia justificativas para taxas de cesárea acima de 10 a 15%⁶. Além do incentivo ao parto vaginal, a OMS recomendou mudanças nas rotinas marcadas por intervenções técnicas e tecnológicas, alertando que quando utilizadas de forma desnecessária e excessiva elas poderiam causar danos tanto para a mãe quanto para o bebê³⁻⁴.

As recomendações da OMS tiveram um grande impacto no Brasil e serviram de referência para a elaboração das políticas sobre o parto, para as campanhas do Ministério da Saúde e para os movimentos sociais pela humanização, que se tornaram cada vez mais atuantes. Em maio do ano 2000, como fruto desse movimento, o Ministério da Saúde, criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN^{4,7}. Esse processo fazia parte de um movimento amplo que contou com o ativismo

feminista, e afirmava a necessidade de ampliar o poder de decisão das mulheres em relação às questões de saúde, em especial a relacionada ao parto, incorporando na sua pauta de discussão questões referentes aos direitos reprodutivos e sexuais, relacionando-as aos direitos humanos^{4, 8-9}.

As reflexões e movimentos em busca da mudança do modelo de assistência ao parto potencializaram o surgimento de publicações de artigos que exploram os modelos assistenciais, o panorama e o cenário do parto no Brasil, muitas vezes, trazendo como instrumental teórico o conceito de medicalização, utilizado para descrever os diferentes processos relacionados ao binômio: medicina-parto³.

A observação desses artigos mostra que a utilização do conceito de medicalização assume diferentes significados, a partir de diferentes visões sobre a relação entre a utilização de procedimentos e tecnologias médicas no nascimento e condições mais seguras, afetuosas e confortáveis de parir. Partindo do argumento da existência dessa multiplicidade de visões, este estudo tem como objetivo discutir como os artigos publicados em periódicos nacionais entre os anos 2000 e 2017 tematizaram o parto e analisar quais sentidos tem sido atribuído ao conceito de medicalização do parto.

Perspectivas de análise em torno do conceito de medicalização

O conceito de medicalização tem sido trabalhado por teóricos e estudiosos das relações entre medicina e sociedade desde a década de 1950. Entre os primeiros estudos sobre o tema, encontramos aqueles que caracterizaram medicalização como o processo em que comportamentos relacionados à vida e a problemas sociais passaram a ser tratados pela medicina, mais especificamente pela psiquiatria. Referências importantes entre estes estudos são os trabalhos de Barbara Wootton e Thomas Szasz, realizados nas décadas de 1950 e 1960¹⁰⁻¹¹.

Na década de 1970, Irving Zola¹² caracterizou a medicalização como o processo pelo qual a medicina passa a desempenhar um papel de controle social, posição que até então era desempenhada pela religião e pela lei. Neste processo, o médico, a partir de uma suposta neutralidade e objetividade, e investido de um poder moral, assume uma posição que lhe permite indicar o tratamento do corpo e da mente. Para o autor, além de tratar da doença, a medicina acaba por ir mais além, identificando, controlando e produzindo novos hábitos¹².

Ainda na década de 1970, Michel Foucault¹³ discute o processo iniciado no final do século XVII em que, a partir do nascimento da Medicina Moderna e da Higiene, surge uma nova configuração de saberes e poderes, na qual o indivíduo e a sociedade passaram a sofrer, cada vez mais, a intervenção da medicina. Sem fazer uso específico do termo medicalização, em seus primeiros trabalhos, Foucault analisou não só o exercício do poder médico sobre o indivíduo, mas a complexa rede de poder como aspecto fundamental para o funcionamento da sociedade moderna. No seu entender, a ampliação da jurisdição médica sobre a sociedade não se caracteriza como um simples reflexo do avanço tecnológico da medicina, mas como um aspecto constitutivo da sociedade¹³⁻¹⁴.

Qualificando a medicalização como uma forma de expropriação do cidadão em relação aos saberes e práticas sobre seu corpo e sua saúde, Ivan Illich¹⁵ afirma que a medicalização da vida se tornou uma ameaça na medida em que retirou do paciente a capacidade de gerir sua própria saúde; e em meio a ações de prevenção, diagnósticos e terapias retiram a sua autonomia pessoal. Atuando como uma empresa, a medicina tomou para si o monopólio do conhecimento científico, impedindo que esse conhecimento pudesse ser partilhado com os próprios consumidores de seus serviços¹⁵. Illich afirmava que o maior dano que essa empresa médica estaria causando seria a

iatrogênese, que se constituiria como uma nova epidemia de doenças provocadas pela própria medicina¹⁵⁻¹⁶.

No final da década de 1990, Débora Lupton¹⁷ desenvolve a crítica à ideia da medicalização como controle social. Na sua perspectiva, o poder médico não existe por si, e os pacientes não devem ser vistos como vítimas de uma engrenagem maquiavélica. A autora vê a medicalização como um encontro entre consumidores e profissionais, onde o poder do médico se constitui e se mantém no âmbito de um desejo/intenção do paciente¹⁷. Nesse sentido, Lupton afirma que o poder e o conhecimento médico ao invés de serem vistos como elementos de repressão, deveriam ser analisados como elementos de sedução nas sociedades modernas, e que associados a existência de uma cumplicidade entre os sujeitos envolvidos tornaria possível a sua própria manutenção¹⁷.

Numa perspectiva diversa, Peter Conrad¹⁸ vê a medicalização como um processo heterogêneo, marcado por interesses múltiplos e de caráter irregular, existindo vários graus de medicalização em diferentes sociedades e momentos históricos. Esta heterogeneidade estaria relacionada a inúmeros aspectos, tais como: o interesse e apoio dos médicos em relação ao que está sendo alvo da medicalização; a existência de comportamentos e sintomas mais medicalizáveis do que outros e sensíveis a competição entre diferentes grupos de especialistas; etc. Além disso, diferenças de gênero, de categorias profissionais, de grupos sociais, de faixas etárias, tornariam os indivíduos mais ou menos susceptíveis de serem medicalizados¹⁸.

Mais recentemente Clarke e colaboradores¹⁹ chamaram atenção para a transformação do conceito de medicalização, ocorrida a partir da década de 1990. Nesse momento, a medicina científica ocidental passa por profundas mudanças no tocante a sua organização e práticas, dando origem à biomedicalização. Seu argumento central é que através da implementação de sistemas biomédicos, de informática e de ciências e

tecnologias a biomedicina passou a intervir não só na saúde, na cura e na organização de cuidados médicos, como também na forma como pensamos e vivemos. As práticas de biomedicalização tomam como foco as transformações de fenômenos e de corpos através de intervenções tecnocientíficas dirigidas não somente para o tratamento, mas também para o aprimoramento da vida e para o risco. Um arcabouço de instituições biomédicas passa a ser então organizado, associado a práticas, tais como diagnósticos, tratamentos e intervenções¹⁹.

A existência desses diferentes estudos mostra a amplitude do conceito de medicalização¹. O termo medicalização não reflete, pois, uma realidade, ou aspecto concreto e mensurável, caracterizando-se como uma categoria analítica, cuja utilização sofre influências diversas tais como: a ideológica, a política, assim como o aporte técnico que está sendo usado na análise. Como um conceito central ao estudo das relações medicina sociedade, a análise de seu emprego pode jogar luz nas diferentes concepções que embasam os conhecimentos e práticas no campo da saúde

Método

O estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura. A pesquisa teve início com a busca por artigos publicados entre os anos de 2000, ano de criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN^{4,7} e 2017 e indexados em três bases de dados. LILACS e MEDLINE busca feita através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e SciELO feita na própria base. Foram utilizadas, para a busca dos artigos, as palavras e expressões: assistência ao parto, humanização do parto, trabalho de parto, parto e medicalização. Na LILACS e MEDLINE foram pesquisados tanto como descritores, quanto como palavras contidas no título, resumo e assunto. Na SciELO, tendo em vista as opções de busca encontradas na base de dados,

foram pesquisadas como palavras e expressões contidas no título e resumo. As buscas geraram uma lista de 148.384 artigos. Com o auxílio dos filtros: Brasil como assunto; idioma português e artigo como tipo de documento, a seleção se reduziu para 5.153 artigos, como demonstrado na Figura 1.

Palavras e expressões utilizadas na busca no período entre 2000 e 2017, segundo bases de dados (n=148.384)

Bases de dados	Medicalização	Assistência ao parto	Humanização do parto	Trabalho de parto	Parto
MedLine (124.610)	458	15.266	06	24.634	84.246
LILACS (14.337)	558	1.573	513	2.134	9.599
SciElo (9.397)	444	618	139	975	7.221



Primeira seleção: Brasil como assunto; idioma português e artigo como tipo de documento (n=5.153)

Bases de dados	Medicalização	Assistência ao parto	Humanização do parto	Trabalho de parto	Parto
MedLine (277)	16	38	04	25	194
LILACS (1.067)	64	228	65	109	601
SciElo (3.809)	203	325	69	556	2.656



Seleção dos artigos através dos títulos e resumos, mantidos os que estavam associados diretamente à temática de interesse (excluídos aqueles que tratavam das áreas de parto prematuro, aleitamento, puerpério, aids, sífilis, parto de animais) (n=471)

Bases de dados	Medicalização	Assistência ao parto	Humanização do parto	Trabalho de parto	Parto
MedLine (34)	0	8	1	2	23
LILACS (108)	7	34	29	8	30
SciElo (329)	7	70	25	57	170



Excluídas as repetições (268), foram lidos os textos completos de 203 artigos
Excluídos 100 artigos em que a palavra medicalização foi apenas citada sem realização de qualquer análise ou explicação do conceito



103 artigos

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos.

Fonte: Elaboração própria.

Com a leitura dos títulos e resumos foi realizada uma etapa de seleção dos artigos que estavam associados diretamente à temática de interesse, sendo excluídos, por exemplo, aqueles que tratavam das áreas de parto prematuro, aleitamento, puerpério, aids, sífilis, parto de animais. Com esse procedimento chegamos ao número de 471 artigos. A seguir agrupamos os artigos selecionados em uma tabela única, excluimos as repetições e chegamos ao número de 203 artigos.

Procedemos a uma primeira leitura dos textos completos dos artigos para uma visão geral do tratamento dado à temática e para confirmação do corpus da investigação. Nesta etapa foram excluídos 100 artigos em que a palavra medicalização foi apenas citada sem realização de qualquer análise ou explicação do conceito. Assim, o resultado final ficou em 103 publicações que foram organizadas por título, autoria, periódico e ano de publicação e são apresentadas no Quadro 1. A seleção e organização dos artigos foi realizada pelo primeiro autor e nos casos de dúvida ou compartilhamento do andamento do processo foram realizadas reuniões com todos os autores.

Finalizada essa etapa, todos os autores integraram o processo de leitura aprofundada analisando as publicações a luz das perspectivas analíticas de medicalização e procurando responder ao seguinte questionamento: como os artigos que analisam a assistência ao parto no Brasil concebem o conceito de medicalização?

No processo de análise foram construídas cinco categorias, com base nos sentidos que foram mais recorrentes: a) Medicalização e intervenções no parto; b) Medicalização do parto e disputa profissional; c) Medicalização do parto e violação de direitos das gestantes; d) Medicalização e cenário do parto; e) Medicalização do parto como reflexo da medicalização da sociedade.

Quadro 1 – Artigos Analisados (n=103)

	Título	1º Autor	Periódico	Ano
I	Assistência ao parto normal no domicílio	Davim, Rejane Marie Barbosa	Rev Lat Am Enfermagem	2001
II	O anestesiológista no parto humanizado	Chaves, Itagyba Martins Miranda	CLASA	2002
III	Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto	Tornquist, Carmen Susana	Rev Estud Fem	2002
IV	Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto	Riesco, Maria Luiza Gonzalez	Cad Saude Publica	2002
V	Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação	Caron, Olga Aparecida Fortunato	Rev Lat Am Enfermagem	2002
VI	Tipo de parto: expectativas das mulheres	Oliveira, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de	Rev Lat Am Enfermagem	2002
VII	A participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto	Progianti, Jane Márcia	Rev Enferm. UERJ	2003
VIII	Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil	Tornquist, Carmen Susana	Cad Saude Publica	2003
IX	O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem	Vargens, Octavio Muniz da Costa	Rev Esc Enferm USP	2004
X	A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro	Deslandes, Sueli Ferreira	Cien Saude Colet	2005
XI	Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto	Dias, Marcos Augusto Bastos	Cien Saude Colet	2005
XII	Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura	Brüggemann, Odaléa Maria	Cad Saude Publica	2005
XIII	Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etnoenfermagem	Bezerra, Maria Gorette Andrade	Rev Bras Enferm	2005
XIV	Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história	Seibert, Sabrina Lins	Rev Enferm. UERJ	2005
XV	O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente	Motta, Cibele Cunha Lima da	Paidéia (Ribeirão Preto)	2005
XVI	Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto	Castro, Jamile Claro de	Rev Lat Am Enfermagem	2005
XVII	Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente	Macedo, Priscila de Oliveira	Rev Enferm. UERJ	2005
XVIII	Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro	D'Orsi, Eleonora	Rev Saude Publica	2005

XIX	A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo	Wrobel, Luciele de Lima	Acta sci., Health sci	2006
XX	A percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado à mulher no trabalho de parto e nascimento: uma abordagem qualitativa	Bicchieri, Thiago	Esc Anna Nery Rev Enferm	2006
XXI	Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência	Dias, Marcos Augusto Bastos	Cad Saude Publica	2006
XXII	Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento	Griboski, Rejane Antonello	Texto Contexto Enferm	2006
XXIII	Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT	Teixeira, Neuma Zamariano Fanaia	Rev Bras Enferm	2006
XXIV	A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório	Nunes, Sonia	Rev Enferm UERJ	2007
XXV	A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar	Crizóstomo, Cilene Delgado	Esc Anna Nery Rev Enferm	2007
XXVI	Episiotomia: em foco a visão das mulheres	Previatti, Jaqueline Fátima	Rev Bras Enferm	2007
XXVII	Parto natural, normal e humanizado: termos polissêmicos	Dutra, Ivete Lourdes	Rev Gaucha Enferm	2007
XXVIII	Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições	Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo	Acta paul. enferm	2007
XXIX	Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto	Mamede, Fabiana Villela	Esc Anna Nery Rev Enferm	2007
XXX	Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil	Kilsztajn, Samuel	Cad Saude Publica	2007
XXXI	A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência	Medeiros, Renata Medeiros Knupp	Esc Anna Nery Rev Enferm	2008
XXXII	A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de Parto	Progianti, Jane Márcia	Esc Anna Nery Rev Enferm	2008
XXXIII	As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale	Macedo, Priscila de Oliveira	Esc Anna Nery Rev Enferm	2008
XXXIV	Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil	Freitas, Paulo Fontoura	Cad Saude Publica	2008
XXXV	O significado da desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas.	Vargens, Octavio Muniz da Costa	Rev Esc Enferm USP	2008
XXXVI	Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto	Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo	Rev Enferm. UERJ	2008

XXXVII	A acupuntura na analgesia do parto: percepções das parturientes	Martini, Jussara Gue	Esc Anna Nery Rev Enferm	2009
XXXVIII	A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM.	Nascimento, Keila Cristiane do	Esc Anna Nery Rev Enferm	2009
XXXIX	Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil	Mandarino, Natália Ribeiro	Cad Saude Publica	2009
XL	Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo	Narchi, Nádia Zanon	Rev Bras Enferm	2009
XLI	Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto	Mouta, Ricardo José Oliveira	Texto Contexto Enferm	2009
XLII	Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro	Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo	Rev Esc Enferm USP	2009
XLIII	Humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática	Moura, Carla Fabíola Sampaio de	Rev Enferm. UERJ	2009
XLIV	O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto	Merighi, Miriam Aparecida Barbosa	Rev Lat Am Enfermagem	2009
XLV	Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada	Gama, Andréa de Sousa	Cad Saude Publica	2009
XLVI	A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira	Pires, Denise	Rev. Bras. Saude Matern. Infant.	2010
XLVII	Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade	Narchi, Nádia Zanon	Saude soc.	2010
XLVIII	Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde	Silveira, Sandra Cristina da	Psicol Reflex Crit	2010
XLIX	Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado	Basso, Joéli Fernanda	Rev Lat Am Enfermagem	2010
L	Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil	Lobo, Sheila Fagundes	Rev Esc Enferm USP	2010
LI	A dor e o protagonismo da mulher na parturição	Pereira, Raquel da Rocha	Rev Bras de Anesthesiol	2011
LII	A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto	Souza, Taísa Guimarães de	Rev Gaucha Enferm	2011

LIII	Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira	Frello, Ariane Thaise	Rev Baiana Enferm	2011
LIV	Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil	Haddad, Samira El Maerrawi T	Rev Bras Ginecol Obstet	2011
LV	Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas	Wei, Chang Yi	Texto Contexto Enferm	2011
LVI	Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar	Figueiredo, Giselle da Silva	Rev Enferm. UERJ	2011
LVII	Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres	Pereira, Raquel da Rocha	Saude Soc.	2011
LVIII	A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina	Rebello, Maria Tereza Maia Penido	Rev Bras Educ Med	2012
LIX	Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica	Gomes, Maysa Ludovice	Rev Enferm. UERJ	2012
LX	O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado	Prata, Juliana Amaral	Rev Enferm. UERJ	2012
LXI	O desencontro entre desejo e realidade: a indústria da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil	Cardoso, Junia Espinha	Physis	2012
LXII	O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes	Caus, Eliz Cristine Maurer	Esc Anna Nery Rev Enferm	2012
LXIII	Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto	Sanches, Natália Canella	Texto Contexto Enferm	2012
LXIV	Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal.	Almeida, Nilza Alves Marques	Texto Contexto Enferm	2012
LXV	Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto	Progianti, Jane Márcia	Rev Bras Enferm	2012
LXVI	Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas Regiões: 1994 a 2009	Höfelmann, Doroteia Aparecida	Epidemiol. serv. saúde	2012
LXVII	A construção cultural do processo de parto	Pimenta, Lizandra Flores	Rev. pesqui. cuid. fundam	2013
LXVIII	A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado	Frank, Tatiane Cavalcante	Rev Gaucha Enferm	2013
LXIX	A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório	Gomes, Maysa Ludovice	Texto Contexto Enferm	2013
LXX	Avaliação da qualidade da atenção ao trabalho de parto e parto de adolescentes	Vilarinho, Lílian Machado	Rev Enferm. UERJ	2013
LXXI	Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização	Souza, Camila Maria de	Rev. pesqui. cuid. fundam	2013

LXXII	O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil	Narchi, Ndia Zanon	Cien Saude Colet	2013
LXXIII	Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang	Moliterno, Aline Cardoso Machado	Texto Contexto Enferm	2013
LXXIV	Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres	Leão, Mriam Rêgo de Castro	Cienc Saude Coletiva	2013
LXXV	A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes	Vargas, Pricilla Braga	Rev. pesqui. cuid. fundam	2014
LXXVI	A prática das enfermeiras obstétricas nas emergências vinculadas ao Programa Cegonha Carioca	Progianti, Jane Marcia	Rev Enferm. UERJ	2014
LXXVII	A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica	Prata, Juliana Amaral	Texto Contexto Enferm	2014
LXXVIII	Atendimento prestado a parturiente em um hospital universitário	Silva, Francisca Francineide Andrade da	Rev. pesqui. cuid. fundam	2014
LXXIX	Do parto institucionalizado ao parto domiciliar	Sanfelice, Clara Fres de Oliveira	Rev Rene	2014
LXXX	Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos	Vogt, Sibylle Emilie	Rev Saude Publica	2014
LXXXI	Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres	Lessa, Heloisa Ferreira	Texto Contexto Enferm	2014
LXXXII	A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil	Nakano, Andreza Rodrigues	Physis	2015
LXXXIII	Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema nico de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios	Gusman, Christine Ranier	Rev Panam Salud Publica	2015
LXXXIV	Obstetrias e enfermeiras obstetras no Sistema nico de Saúde e na Atenção Primária  Saúde: por uma incorporação sistmica e progressiva	Norman, Armando Henrique	Rev Bras Med Fam Comunidade	2015
LXXXV	Parto domiciliar: Compreendendo os motivos dessa escolha	Sanfelice, Clara Fres de Oliveira	Texto Contexto Enferm	2015
LXXXVI	Representações sociais sobre o parto domiciliar	Sanfelice, Clara Fres de Oliveira	Esc Anna Nery Rev Enferm	2015
LXXXVII	Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento	Reis, Carlos Sérgio Corrêa dos	Rev. pesqui. cuid. fundam	2016
LXXXVIII	Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999-2013	Silva, Ana Lucia Andrade da	Rev Bras Saude Matern Infantil	2016
LXXXIX	Cesárea, aperfeiando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro Obstetrícia, de Jorge de Rezende	Nakano, Andreza Rodrigues	Hist Cienc Saude Manguinhos	2016
XC	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em	Andrade, Priscyla de Oliveira	Rev. Bras. Saude Matern. Infant.	2016

	Recife, Pernambuco	Nascimento		
XCI	Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP)	Silva, Raimunda Magalhães da	Saude soc.	2016
XCII	À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS	Pedroso, Clarissa Niederauer Leote da Silva	Physis	2017
XCIII	A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes	Silva, Ana Lúcia Andrade da	Cad Saude Pública	2017
XCIV	Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil	Palharini, Luciana Aparecida	Cad Pagu	2017
XCV	Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil	Vargens, Octavio Muniz da Costa	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	2017
XCVI	Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas	Feitosa, Rúbia Mara Maia	Rev. pesqui. cuid. fundam	2017
XCVII	Grupos de gestantes: espaço para humanização do parto e nascimento	Matos, Greice Carvalho de	Rev. pesqui. cuid. fundam	2017
XCVIII	Histórias de parto e a ultrassonografia como marco narrativo no Rio de Janeiro	Rezende, Claudia Barcellos	Sex Salud Soc (Rio J)	2017
XCIX	Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras	Possati, Andrêssa Batista	Esc Anna Nery Rev Enferm	2017
C	O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização	Dodou, Hilana Dayana	Rev. pesqui. cuid. fundam	2017
CI	O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde	Oliveira, Virgínia Junqueira	Texto Contexto Enferm	2017
CII	Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências	Sena, Ligia Moreiras	Interface (Botucatu)	2017
CIII	Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa	Zanardo, Gabriela Lemos de Pinho	Psicol Soc	2017

Fonte: Elaboração própria

Resultados e discussão

a) Medicalização e intervenções

De forma predominante os artigos utilizam o conceito de medicalização relacionando-o ao modelo hegemônico de assistência ao trabalho de parto e ao parto,

caracterizado como excessivamente intervencionista (n=74) I-VIII, X-XI, XIV-XVI, XVIII, XX-XII, XXIV-XXVI, XXIX, XXXI, XXXIII-XLIII, XLV-L, LII, LV, LVIII-LIX, LXI-LXIII, LXVI, LXIX-LXXII, LXXIV, LXXVII-LXXXI, LXXXIV-LXXXVIII, XC-XCV, XCVII, XCIX-CI, CIII (Quadro 1) e acionam essa relação quando a intenção é refletir criticamente sobre a medicalização em que se nota a ênfase dada aos aspectos negativos relacionados ao modelo. Nesses artigos é recomendada a substituição do modelo medicalizado por outro que recebe a denominação de humanizado. Sobre essa perspectiva encontramos duas tendências: uma que sugere um controle sobre práticas excessivas de medicalização, e outra que propõe uma ruptura com o modelo medicalizado (n=04) IX, XXXV, XLIII, LXXV (Quadro 1). Alguns deles apresentam as duas propostas.

No que se refere aos casos em que a crítica ao modelo medicalizado se concentra nas práticas de excessiva medicalização, os artigos chamam atenção de que a utilização de procedimentos e tecnologias médicas na assistência ao parto tem sido realizada desvinculada das boas práticas. Nessas considerações são recorrentes as referências a procedimentos que quando são realizados de forma rotineira e sem base em evidências científicas podem causar resultados indesejáveis e prejudiciais tanto para a mãe quanto para o bebê. Esta posição se vincula as recomendações da MBE^{5,20} e também às concepções que afirmam que a ampliação da jurisdição médica sobre a vida se caracteriza como um problema, à medida que amplia a iatrogenia¹⁶.

(...). Durante a evolução do parto não se observa a sua fisiologia, buscando-se, constantemente, correções do processo por meio da medicalização e do uso de intervenções que provocam consequências negativas sobre a saúde de mães e bebês.^{21-p.1062}

Alguns artigos (n=45) I, III, V, VII-VIII, X, XIV, XVI-XXII, XXIV-XXV, XXVII-XXIX, XXXI-XXXIII, XXXV-XXXVI, XL-XLI, XLIV, L, LII-LIV, LVI, LVIII-LIX, LXXI-LXXII, LXXV, LXXIX, LXXXVII, XCII, XCV, XCVII, XCIX-C, CIII (Quadro 1) chamam atenção de que o modelo medicalizado teria promovido o distanciamento da compreensão do parto como um evento natural e fisiológico, apresentando o enfoque humanista como aquele que permitiria o seu resgate.

Em um número menos expressivo, alguns artigos afirmam que não poderiam ser descartados benefícios trazidos por essa medicalização. Essa posição foi defendida em artigos que consideraram o uso de procedimentos medicalizados relevantes para proporcionar um parto mais seguro e em especial em artigos que concentraram suas análises em torno da analgesia de parto, que nesses casos é vista como estratégia de parto humanizado. As análises sobre a analgesia discorrem sobre a necessidade de minimizar a dor e de proporcionar um parto com maior conforto para a mãe. A proposta trazida por esses artigos aponta para a necessidade de adoção de um novo olhar para a técnica anestésica, superando a visão de que a analgesia estaria relacionada ao insucesso do parto vaginal.

A analgesia de parto é, sem dúvida, uma importante ferramenta para se atingir o objetivo de um parto hospitalar humanizado.^{22-p.[?]}

Ainda nessa categoria alguns artigos fazem uso do termo “desmedicalização” (21) VII, IX-XI, XVI, XXIV, XXXII, XXXV-XXXVI, XL, XLIII, LII-LIII, LIX, LXIX, LXXVII, LXXXI, LXXXVII, XCV, CII (Quadro 1) e observamos que a sua utilização, assim como percebido no uso do conceito de medicalização, agrega diferentes sentidos.

Conformando a tendência de necessidade de ruptura com o modelo medicalizado nos 04 artigos já referenciados anteriormente, essa ruptura por vezes aparece expressa através da antítese: “medicalização x humanização”²³, ou como verificado no trecho a seguir.

A humanização da assistência obstétrica vem sendo implementada como uma filosofia de trabalho visando um maior conforto físico e mental para as mães e também para os bebês, pois trará vários benefícios para ambos, e rompendo como a medicalização do parto, utilização de práticas em saúde sem a comprovação de seu benefício, além do resgate da mulher como figura principal do processo parturitivo.^{24- p.1022}

Em relação à categoria como um todo, observou-se a pouca interação com as reflexões já existentes sobre o conceito de medicalização, uma vez que somente em 11 artigos VII, IX-X, XVI, XXXV-XXXVI, LXXIV, XCI-XCII, XCIV, CI (Quadro 1) foram encontradas citações ou referências a teóricos que analisaram o conceito. Observamos ainda uma ênfase no sentido de medicalização restrito à área da medicina; e no que tange a iatrogênese, a expansão do imperialismo médico e da retirada do paciente da capacidade de autonomia pessoal, vemos uma aproximação com as concepções de Ivan Illich¹⁵.

b) Medicalização e disputa profissional

Considerando-se o total dos 103 artigos analisados, 41 deles IV, VII, IX, XI, XV-XVI, XVIII, XXII, XXVII, XXIX-XXX, XXXII, XXXV, XL-XLIV, XLVIII, L, LVI, LX-LXI, LXIII-LXVII, LXIX, LXXI-LXXII, LXXVII, LXXIX, LXXXI, LXXXIV, XCI. XCIV-XCV, C-CI, CIII (Quadro 1) apresentam o conceito de

medicalização como uma prática conduzida pelo profissional médico, identificado como o agente que tomou para si o poder de condução dos cuidados de saúde, entre os quais se incluem os partos. Segundo esses trabalhos, os saberes e as práticas dos médicos teriam imposto condutas que desqualificam o protagonismo das mulheres no processo de trabalho de parto e parto, sendo esse profissional o responsável por condutas prejudiciais e desumanizantes de assistência.

O processo de medicalização é, também, relacionado ao poder simbólico que os profissionais médicos detêm, e que é o poder de fazer ver e fazer crer, impondo uma visão e o reconhecimento desse poder, que passa a ser visto como natural, tanto por quem exerce o poder como por quem a ele está submetido⁸, reforçando a hegemonia desses profissionais no campo da saúde, que é, também, um campo social.^{25-p.183}

Em resposta às críticas à atuação do médico, a indicação da sua substituição pelo profissional de enfermagem, mais especificamente a enfermeira obstétrica ou a obstetrix foi recorrente, e frequentemente associada a propostas de humanização da assistência.

Nesse grupo de artigos o termo desmedicalizar assume um sentido relacionado à retirada do profissional médico da cena e dos cuidados relativos ao trabalho de parto e parto, posição por vezes vinculada à posição apresentada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde brasileiro, de reconhecimento da importância da atuação da enfermagem entre as profissões de saúde como agente desmedicalizante²⁵.

Alguns artigos chegam a afirmar que a enfermeira obstétrica seria a única profissional não médica que poderia ser associada a uma possibilidade de resgate do

parto fisiológico em que a mulher atuasse como protagonista, e única verdadeiramente comprometida com o modelo humanizado²⁶.

Assim, muitos profissionais são adeptos do cuidado medicalizado e frequentemente fazem uso de intervenções no cuidado ao parto. Outros, como é o caso das enfermeiras, superaram este modelo de assistência e desenvolvem habilidades não invasivas que são peculiares do modelo humanizado feminino e desmedicalizado de assistência ao parto.

No contexto atual, a enfermeira obstétrica é a única profissional não médica que tem sido associada com um saber/fazer que vem ao encontro da possibilidade de resgatar o parto fisiológico como um fenômeno feminino onde a mulher seja a protagonista⁽²⁾. Deste modo, esta profissional vem contribuindo para a consolidação do modelo humanizado de assistência ao parto que necessariamente passa pelo cuidado desmedicalizado⁽³⁾. ^{26. p.340}

Em contraposição à proposição de que as enfermeiras seriam as únicas profissionais capazes de protagonizar um modelo de parto humanizado, encontramos artigos que indicam que apenas a substituição de uma categoria profissional por outra, não se configuraria como garantia de mudanças no modelo assistencial.

Pela análise dos obstáculos relatados, observa-se que os enfermeiros estão alinhados com os preceitos da humanização da assistência ao parto, sendo, todavia, impedidos institucional ou profissionalmente a fazê-lo. Entretanto, a descrição da atenção em cada um dos hospitais e a análise das atividades assinaladas mostrou que eles também são responsáveis pela medicalização do parto na medida em que utilizam práticas tradicionais e desaconselhadas pelas evidências científicas, muitas delas prejudiciais à saúde materna e perinatal, conforme exposto.^{27-p.550}

Nesse prisma analítico, as afirmações apresentadas se aproximam do conceito de medicalização entendido como processo heterogêneo e marcado por interesses múltiplos e de caráter irregular, entre os quais aqueles relacionados à concorrência interprofissional. Sem encontrarmos referências literais, o sentido desenvolvido nesta categoria nos remete as análises realizadas por Peter Conrad¹⁸.

c) Medicalização e violação de direitos das gestantes

Vários artigos entendem a medicalização como um processo que envolve diferentes formas de violação de direitos, dentre os quais os que se relacionam ao trato entre os profissionais e as mulheres (n=37) III, VII-IX, XI, XIV, XIX-XXIII, XXXI-XXXII, XXXVI, XL, XLIII, XLV-XLVII, XLIX, LII-LIII, LVIII-LIX, LXI, LXVII, LXX, LXXII, LXXIV, LXXVIII, XCII, XCIV, XCVI-XCVII, XCIX, CII-CIII (Quadro 1). Embora tenha sido encontrada menção a formas de violação dos direitos, tanto em relação às mulheres, quanto aos bebês e as famílias, de forma majoritária, os artigos detiveram suas análises na apreciação da violação de direitos das mulheres, especialmente no que tange aos cuidados que valorizam o uso excessivo de tecnologias em detrimento da intersubjetividade que deveria embasar as relações entre os sujeitos que compõem a cena do parto.

Com isso, o tratamento humilhante nos serviços de saúde, o abuso na medicalização dos partos, as intervenções cirúrgicas desnecessárias, a falta de acesso aos leitos e a desinformação passaram a ser considerados como desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e, conseqüentemente, violações aos direitos humanos, passando, também, a serem entendidos como práticas e modelos desumanizantes de assistência à mulher e a sua família^{6 25-p.183}.

Compreendemos que esse processo de violação de direitos compõe o quadro que recentemente tem sido nomeado como “violência obstétrica” em referência a diversas formas de abusos, desrespeito e constrangimento sofridos pela mulher durante o parto, gravidez, pós-parto e abortamento²⁸.

Nessa categoria mais uma vez encontramos a utilização do termo desmedicalizado como expressão de crítica e superação do modelo medicalizado, e sua substituição por outro nomeado como humanizado, agora empregado no sentido de possibilitar a mulher o protagonismo em relação às decisões que envolvem a assistência ao parto.

Algumas análises propõem que o deslocamento do conhecimento feminino sobre o partear para o conhecimento médico se configura como um processo de violação de direitos das mulheres. Contudo, também foram encontradas considerações de que o curso desse processo de medicalização, sob a ótica da violação de direitos, não se restringiria a uma relação de gênero, mas, de forma mais ampla, diz respeito a uma relação de dominação do saber científico sobre o saber feminino. Situação identificada na experiência de gestantes que mesmo quando atendidas por uma profissional mulher, esta atuou e demonstrou ter incorporado os saberes da categoria.

A obstetria e ginecologia se dedicam ao controle do corpo feminino e ainda hoje é exercida, na sua maioria, por profissionais do sexo masculino mas também por mulheres que incorporam atitudes e saberes da categoria a qual pertencem, e a medicina é androcêntrica, ou seja seu saber e formas de intervenção pode ser vistos e entendidos como masculinos.^{29-p.743}

Essas observações nos remetem a estudos realizados por Martins² em que analisa que a partir da construção e ampliação da atuação da medicina obstétrica,

embasada em uma suposta autoridade científica que se impõe as demais formas de saber, instaura-se um cenário que propicia diferentes formas de violência sobre a mulher e seu corpo. A medicina obstétrica, então, passa a fornecer os subsídios teóricos que perpetuam diversas formas de diferenças: sexuais, sociais assim como as desigualdades de gênero².

Fazendo uso dessa perspectiva os artigos afirmam que o modelo de parto medicalizado tem submetido às mulheres a relações de dominação que cerceiam sua autonomia e liberdade. Esse cerceamento associado à falta de informação e preparo sobre o parto, por parte das mulheres, tem dificultado uma experiência de parto com maior segurança e autodeterminação.

(...) Em uma relação assimétrica profissional de saúde/usuária e dependente dos médicos para se informarem, as mulheres têm dificuldade em participar das decisões relativas ao seu parto, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos frente às 'questões técnicas' levantadas pelos médicos.^{30-p.2487}

Da mesma forma como observado na análise das categorias anteriores, vemos um descolamento entre a utilização do termo medicalização e os argumentos e conceitos que guiam as análises. Embora a discussão de violência se pautasse no gênero, somente em 08 trabalhos desta categoria XXVI, XXXIII, XLV-XLVI, LXI, LXIV, LXVII, XCIV (Quadro 1) foram encontradas referências a obras que tratavam o conceito de medicalização, sob o viés de gênero.

d) Medicalização e cenário do parto

Nessa categoria encontramos o sentido de medicalização do parto associado ao cenário onde o parto é realizado. Os artigos (n=34) I, IV, VII, IX, XII-XIII, XVI-XVII, XXV, XXVIII, XXXI-XXXII, XXXVIII, XL, XLII-XLIV, L, LVI, LX, LXII, LXV-LXVI, LXVIII-LXIX, LXXII-LXXIII, LXXIX, LXXXI, LXXXIII, LXXXVI, XCI, XCV, CI (Quadro 1) destacam que o espaço físico do hospital propicia a excessiva medicalização da assistência ao trabalho de parto e parto, no que tange ao uso de intervenções assim como em relação à escolha da via de parto.

Alguns desses artigos apontam que as circunstâncias inerentes a um ambiente hospitalar podem contribuir para o aumento das dores e provocar um stress na mulher durante o trabalho de parto, que resultam em situações que podem prejudicar a evolução de um parto normal, ou ainda que levem a indicações de intervenções, que se não estivesse naquele ambiente possivelmente não aconteceriam:

A internação da parturiente modifica sua rotina de afazeres básicos e simples como tomar banho e alimentar-se. O ambiente hospitalar, com seus sons, cheiros, luzes e pessoas, causa estresse e tensão que concorrem para o aumento da dor do parto^{2,10,11 31-p.307}.

Diante desta situação, os artigos sinalizam para a existência de uma insatisfação tanto por parte das mulheres, quanto por parte de alguns profissionais por conta dos resultados negativos que este modelo estaria provocando. Nesse sentido recomendam a realização de mudanças no espaço físico onde os partos seriam realizados, em um processo que conduziria a uma chamada humanização da assistência. Tais recomendações incluem a realização de partos em domicílio, reconstrução de espaços hospitalares com a intenção de criação de um ambiente acolhedor que facilitasse e propiciasse a evolução do trabalho de parto; como também de criação de

novos espaços, dentro ou fora do hospital, como forma de enfrentamento da medicalização da assistência. Alguns desses artigos fazem referência as negociações, as políticas e as ações que perpassaram pelo processo de tentativa de transformar tais recomendações em uma nova realidade.

(...), o Ministério da Saúde implanta os Centros de Parto Normal ou Casas de Parto (CP) no SUS por meio da Portaria/GM n.º 985, de 5 de agosto de 1999. Estes Centros objetivam promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher na assistência ao parto normal sem distócia ou de baixo risco. Eles podem funcionar fisicamente integrados ou isolados do hospital e as enfermeiras obstétricas compõem a equipe profissional mínima.^{32-p.873}

Assim, a construção e instalação das Casas de Parto e dos Centros de Parto Normal passam a ser apresentadas como elemento importante para configuração desse novo quadro, por vezes, nomeado como “desmedicalizante” e que por sua vez estaria relacionado a mudança de uma cultura hospitalar, rumo a humanização da assistência.

e) Medicalização do parto como reflexo da medicalização da sociedade

Os artigos agrupados nessa categoria (n=25) IX, XXII, XXVII, XXXIV, XXXVI, XXXIX, XLIV, XLVI, LI, LIV, LVII, LX-LXI, LXV-LXVII, LXXIII-LXXIV, LXXXII, LXXXV-LXXXVI, LXXXIX, XCII, XCVI, XCVIII (Quadro 1) identificam a medicalização do parto como um processo complexo, já que a medicalização não estaria restrita a área da saúde, se constituindo em um processo mais amplo relacionado a um modelo de sociedade, que se consolidou na época moderna. Neste processo, diferentes fatores atuam de forma simultânea interferindo nas escolhas e procedimentos que dariam forma ao modelo de assistência.

A medicalização do parto é um reflexo da medicalização social, descrita como um processo sociocultural complexo que transforma em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que antes eram administradas no próprio ambiente familiar ou comunitário. A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio na capacidade de enfrentamento autônomo das dores e adoecimentos². Esta contribuiu para o declínio da capacidade da mulher em lidar com o fenômeno do parto, sua imprevisibilidade e as dores do trabalho de parto.^{33-p.2396}

Nessa perspectiva, consideram que as análises sobre os cuidados e procedimentos que têm sido aplicados na condução do trabalho de parto, assim como aquelas que se concentram sobre as formas de nascer que têm se apresentado como predominantes, deveriam apreciar aspectos para além da área médica.

As práticas de parto e nascimento no Brasil sofreram profundas mudanças desde meados do século passado, com crescente hospitalização, medicalização e mercantilização. O panorama atual da parturição demonstra uma imbricada relação de elementos de naturezas distintas: políticos, econômicos, culturais, institucionais, profissionais, entre outros.^{34-p.886}

Nesses estudos, a medicalização não aparece como produto da atuação de um profissional específico, nem relacionada a um ambiente, nem como constitutiva de modelos polarizados; mas sim como processo em que diferentes atores envolvidos na assistência ao parto seriam co-partícipes, cada qual em defesa de um interesse construído em meio a um processo de medicalização da vida.

Dessa forma, diferentes estudos vêm sugerindo que: fatores pessoais, da mulher e de seu ambiente social ^{3,5}, bem como regionais e institucionais relacionados à organização dos serviços ¹³ constituem aspectos não-médicos relacionados ao parto no Brasil, influenciando a cultura da prática obstétrica vigente. ^{35-p.1052}

Segundo esses artigos, o poder de negociação de cada um desses atores sofreria variação de acordo com: 1) a função que desempenham; 2) o espaço em que se desenvolve a assistência; e 3) o conhecimento e o conjunto de informações que cada um deles dispõem. Estes fatores atuando de forma simultânea seriam relevantes para a tomada de decisão e desfecho dos procedimentos relativos ao parto.

Durante a gravidez e o parto, as mulheres vivenciam várias alterações físicas e emocionais e expressam, neste processo, valores e crenças, assim como se defrontam com a estrutura social e cultural dos profissionais dos serviços de saúde. (...) Os profissionais, durante o exercício da prática assistencial, também expressam sua maneira de compreender a doença, influenciada por aspectos culturais, sociais e pelo modelo de formação hegemônico. O encontro entre esses dois sujeitos é sempre singular e influenciado pela dimensão cultural e social; e, embora seja um espaço propício ao diálogo, é permeado por uma relação assimétrica de poder e de saber com grande potencial de influência na escolha do tipo de parto, do itinerário terapêutico e da qualidade da assistência prestada às gestantes. ^{8-10 36-p.192}

O tipo de abordagem e perspectiva apresentada nessa categoria nos remete aos autores que tratam a medicalização como um fenômeno de ordem sociocultural que também se encontra internalizado nos indivíduos, como encontrados nos trabalhos de Foucault¹⁴; que se manifesta em sua forma de viver, onde se incluem as suas escolhas a

partir dos saberes que circulam em toda sociedade, e que marca a forma como pensamos e vivemos, que se relaciona as abordagens desenvolvidas por Clarke et al¹⁹.

Considerações finais

A análise sobre os sentidos atribuídos ao conceito de medicalização do parto pela literatura de assistência ao parto no Brasil foi desenvolvida tomando como base cinco categorias em que o conceito de medicalização assumiu diferentes sentidos. Em quatro delas: medicalização e intervenções; medicalização e disputa profissional; medicalização e violação de direitos das gestantes e medicalização e cenário do parto encontramos um predomínio de sentidos que exploraram uma interface entre medicalização e humanização, que são apresentadas em uma posição relacional de oposição, constituindo-se como duas supercategorias analíticas que perpassam as discussões sobre assistência ao parto.

Embora esses artigos apresentem uma proposta de estudo que trazem como pano de fundo a análise dos dois conceitos: “medicalização” e “humanização”, no seu desenvolvimento, acabaram por centralizar suas considerações sobre o conceito de humanização, demonstrando que, por vezes, a discussão de humanização já pressupõe uma contraposição à medicalização, mesmo que a discussão teórica sobre este último conceito esteja ausente.

De forma geral percebemos que além da pouca discussão teórica sobre o conceito de medicalização, os sentidos encontrados nos artigos que compõem essas quatro categorias, estiveram focados nas primeiras produções teóricas sobre o conceito, o que, a nosso ver, limitou a possibilidade de aprofundar uma discussão que trouxesse como pauta as complexas conexões existentes entre o modelo de assistência ao parto e aspectos mais abrangentes histórico-socialmente construídos.

Observa-se que a discussão da relação entre medicalização e humanização tem um predomínio de uma crítica à medicalização em que o formato adotado conduz o leitor a inferir uma oposição entre os dois conceitos, em que a existência de um excluiria o outro. A utilização do conceito de medicalização se impôs como contraponto a uma prática que se vê como positiva. Assim a medicalização se transforma no inverso da humanização, ao invés de se caracterizar como um contexto que a subjaz.

Fugindo a este modelo de análise, a categoria “medicalização do parto como reflexo da medicalização da sociedade” se concentra em torno de um sentido de medicalização do parto como parte de um processo mais amplo que envolve diferentes atores que seriam co-partícipes no processo de assistência. A medicalização do parto ali entendida se relacionaria ao processo de medicalização da vida, em que se percebe uma maior proximidade com aspectos complexos de construção sociocultural que se relacionam com as práticas assistenciais do modelo hegemônico vigente, e que requer considerações para além de uma suposta contraposição medicalização versus humanização.

Por fim percebemos que as publicações analisadas projetaram propostas de mudanças que indicam uma inquietação quanto à eficácia do modelo de assistência ao parto. Entendemos que a discussão em torno do conceito de medicalização do parto continua sendo pertinente, e reafirmamos que ela deve estar articulada aos aspectos mais gerais que compõe a sociedade moderna, no sentido de possibilitar a criação de uma assistência ao parto onde a mulher e suas necessidades sejam o centro, e não o uso (ou não) de intervenções.

Referências

1. Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). Proj. História [periódico na Internet]. 2002 Dez [acessado 2017 Dez 01]; (25):197-219. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>
2. Martins APV. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX [livro na Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. [acessado 2017 Dez 01]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>
3. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10(3):651-657.
4. Diniz SG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Cien Saude Colet 2005; 10(3):627-637.
5. Boaretto MC. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro. [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2003 [acessado 2018 Fev 8]. Disponível em: <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/boarettomcm.pdf>
6. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 24(2):436-437.
7. Matos GC, Escobal AP, Soares MC et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. Rev Enferm UFPE 2013 Mar; 7(esp): 870-878.
8. Nakano AR. Uso de tecnologias e as transformações nas práticas sociais e de nascimento no Brasil: uma normalização da cesárea? [tese] Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2015.

9. Diniz SG. Parto no Brasil [entrevista a Mariana Portella e Allan Monteiro]. Rev. Coletiva 2015 jan/fev/mar/abr [acessado 2016 Jul 11]; 15: [cerca de 6 p.]. Disponível em:
http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=127&Itemid=74
10. Zorzanelle RT, Ortega F; Bezerra Jr B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Cien Saude Colet 2014; 19(6):1859-1868.
11. Davis AB. How medicalization lost its way. Society 2006; 43(6):51-56.
12. Zola I. Medicine as an institution of social control. Sociol Rev 1972; 4:487-504.
13. Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
14. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.
15. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
16. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. Interface 2012 Mar; 16 (40):21-34.
17. Lupton D. Foucault and the medicalisation critique. In: Foucault M. Health and Medicine. London: Routledge; 1997. p. 94-110.
18. Conrad P. Medicalization and social control. Annu Rev Sociol 1992; 18:209-232.
19. Clarke AE, Mamo L, Fosket JR, Jishman JR, Shim JK. Biomedicalization: Technoscience, Health and Illness in the US. Durham: Duke University Press, 2010.
20. Vasconcelos AA. A atuação das enfermeiras na humanização do parto e nascimento no Distrito Federal. [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.

21. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(4):1059-1068.
22. Chaves IMM, Pereira RIC, Bastos CO, Pereira RR. O Anestesiologista no Parto Humanizado. *Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología - CLASA* [periódico na Internet] 2002 [acessado 2016 Nov 17]: [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://abcdoparto.com.br/site/o-anestesiologista-no-parto-humanizado/>
23. Seibert SL, Barbosa JLS, Santos MS, Vargens OMC. Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. *Rev Enferm UERJ* 2005; 13:245-51.
24. Vargas PB, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Leão DCMR, Silva LA. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. *Rev. pesqui. cuid. fundam* [periódico na Internet] 2013 Jul-Set [acessado 2016 Jul 11]; 6(3):1021-1035. Disponível em:
25. Moura CFS, Lopes GT, Santos TCF. Humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática. *Rev Enferm. UERJ* 2009; 17(2):182-187.
26. Vargens OMC, Progiante JM, Silveira ACF. O significado da desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(2):339-46.
27. Narchi NZ. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(4):546-551.
28. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua prevenção. *J. Hum. Growth Dev* 2015; 25(3):377-376.

29. Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar – experiências de mulheres de periferia de Cuiabá – MT. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(6): 740-744.
30. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, D’Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saude Publica* 2009; 25(11): 2480-2488.
31. Macedo PO, Progianti JM, Vargens OM, Santos VLC, Silva CA. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. *Rev Enferm UERJ* 2005; 13:306-312.
32. Pereira ALF, Moura MAV. Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(4):872-879
33. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil, e a autonomia das mulheres. *Cien Saude Colet* 2013; 18(8):2395-2400.
34. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis* 2015; 25(3):885-904.
35. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(5):1051-1061.
36. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant.* 2010; 10(2):191-197.

Apêndice B

Lista de títulos dos manuais de obstetrícia localizados

Nº	Título	Autor / Editor / Organizador	Edição	Ano
1	Assistência ao parto e tocurgia: manual de orientação	Camano, Luiz; Souza, Eduardo de		2002
2	Compêndio de obstetrícia e ginecologia	Norwitz, Errol R.; Schorge, John O		2003
3	Condutas em Clínica Obstétrica	Madi, José Mauro; Rombaldi, Renato Luis; Tessari, Dilma Maria	1 ed	2007
4	Condutas em obstetrícia	Viggiano, Mauricio Guilherme Campos		1989
5	Diagnóstico e tratamento em obstetrícia e ginecologia	Benson, Ralph Criswell	2 ed	1980
6	Fundamentos de ginecologia e obstetrícia	Hacker, Neville F.; Moore, J. George.	2 ed.	1994
7	Guias de Obstetrícia	Camano, Luiz; Souza, Eduardo de; Sass, Nelson; Mattar, Rosiane	1 ed	2003
8	Manual de condutas em obstetrícia	Chaves Netto, Hermógenes; Sá, Renato Augusto Moreira de; Oliveira, Cristiane Alves de	3 ed	2011
9	Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins	Bankowski, Brandon J. Et all	2 ed	2006
10	Manual de obstetrícia	Ellis, Jeffrey W.; Beckmann, Charles R. B.	2 ed	1986
11	Manual de obstetrícia	Evans, Arthur T.	7 ed	2010

12	Manual de obstetrícia de Williams	Leveno, Kenneth J.; Cunninham, F. Gary; Gant, Norman F.; Alexander, James M.; Bloom, Steven L.; Casey, Brian M.; Dashe, Jodi S.; Sheffield, Jeanne S.; Yost, Nicole P.	21 ed	2005
13	Manual de obstetrícia e ginecologia	Benson, Ralph Criswell	7 ed	1981
14	Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento	Niswander, Kenneth R; Evans, Arthur T	4 ed	1994
15	Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento	Niswander, Kenneth R	2 ed	1984
16	Manual de terapêutica: Ginecologia e obstetrícia	Grando, Leisa Beatriz	3 ed	2006
17	Noções práticas de obstetrícia	Corrêa, Mário Dias	10 ed	1988
18	Noções práticas de obstetrícia	Corrêa, Mário Dias	11ed	1994
19	Noções práticas de obstetrícia	Corrêa, Mário Dias	12 ed	1999
20	Noções práticas de obstetrícia	Corrêa, Mário Dias	14 ed	2011
21	Obstetrícia	Rezende, Jorge de	10 ed	2005
22	Obstetrícia	Cabral, Antônio Carlos Vieira	2 ed	2002
23	Obstetrícia	Moron, Antônio Fernandes; Camano, Luiz; Kulay Júnior, Luiz	2 ed	2011 (1a ed em 2010)
24	Obstetrícia	Rezende, Jorge de	4 ed	1982
25	Obstetrícia	Rezende, Jorge de	5 ed	1987
26	Obstetrícia	Rezende, Jorge de	6 ed	1991

27	Obstetrícia	Rezende, Jorge de	7 ed	1995
28	Obstetrícia	Rezende, Jorge de	8 ed	1998
29	Obstetrícia	Rezende, Jorge de	9 ed	2002
30	Obstetrícia	Barros, Dirceu Neves de, Lins, Fernando Estelita; Galhardo, José		1987
31	Obstetrícia	Falcone, Iremar	1 ed	1983
32	Obstetrícia	Montenegro, Carlos Antonio Barbosa; Rezende Filho, Jorge de	11 ed	2010
33	Obstetrícia & Ginecologia - Manual para o residente	Mariani Neto, Corintio; Tadini, Valdir	1 ed	2002
34	Obstetrícia básica	Neme, Bussamara	1 ed	1994
35	Obstetrícia básica	Neme, Bussamara	2 ed	2000
36	Obstetrícia básica	Neme, Bussamara	3 ed	2005
37	Obstetrícia básica	Chaves Netto, Hermógenes; Sá, Renato Augusto Moreira de	2 ed	2007
38	Obstetrícia básica	Chaves Netto, Hermógenes; Sá, Renato Augusto Moreira de	1 ed	2004
39	Obstetrícia diagnóstico e tratamento	Santos, Luiz Carlos; et al		1998
40	Obstetrícia e ginecologia: diagnóstico e tratamento	DeCherney, Alan H; Nathan Lauren	9 ed	2004
41	Obstetrícia Fundamental	Rezende, Jorge de; Montenegro, Carlos Antonio Barbosa	10 ed	2006
42	Obstetrícia Fundamental	Rezende, Jorge de; Montenegro, Carlos Antonio Barbosa	4 ed	1984
43	Obstetrícia Fundamental	Rezende, Jorge de; Montenegro, Carlos Antonio Barbosa	5 ed	1987
44	Obstetrícia Fundamental	Rezende, Jorge de; Montenegro, Carlos Antonio Barbosa	6 ed	1992

45	Obstetrícia Fundamental	Rezende, Jorge de; Montenegro, Carlos Antonio Barbosa	7 ed	1995
46	Obstetrícia Fundamental	Rezende, Jorge de; Montenegro, Carlos Antonio Barbosa	8 ed	1999
47	Obstetrícia Fundamental	Rezende, Jorge de; Montenegro, Carlos Antonio Barbosa	9 ed	2003
48	Obstetrícia Fundamental	Montenegro, Carlos Antonio Barbosa; Rezende Filho, Jorge de; "Título: Obstetrícia Fundamental, Rezende"	12 ed	2011
49	Obstetrícia Fundamental	Montenegro, Carlos Antonio Barbosa; Rezende Filho, Jorge de	11 ed	2008
50	Obstetrícia normal Briquet	Guariento, Antonio	8 ed	2011
51	Obstetrícia normal Briquet	Delascio, Domingos; Guariento, Antonio	3 ed	1987
52	Obstetrícia normal e patológica.	Barbosa, Luiz Aguirre Horta		1988
53	Obstetrícia prática	Barbosa, Luiz Aguirre Horta	6 ed	1981
54	Obstetrícia protocolos de diagnóstico e tratamento	Mendonça, Delosmar	3 ed	2000
55	Obstetrícia gestações normais & patológicas	Gabbe, Steven G.; Niebyl, Jennifer R.; Simpson, Joe Leigh	3 ed	1999
56	Obstetrícia: texto básico para estudantes de medicina	Grelle, Francisco C.; Amaral, Luiz Beethoven D	2 ed	1988
57	Protocolos assistenciais, Clínica Obstétrica, FMUSP	Zugaib, Marcelo; Bittar, Roberto Eduardo	3 ed	2008
58	Protocolos assistenciais, Clínica Obstétrica, FMUSP	Zugaib, Marcelo; Bittar, Roberto Eduardo	4 ed	2011

59	Protocolos assistenciais, Clínica Obstétrica, FMUSP	Zugaib, Marcelo; Bittar, Roberto Eduardo	1 ed	1997
60	Protocolos assistenciais, Clínica Obstétrica, FMUSP	Zugaib, Marcelo; Bittar, Roberto Eduardo	2 ed	2003
61	Rotinas em obstetrícia	Freitas, Fernando; Martins-Costa, Sérgio H.; Ramos, José Geraldo Lopes.	2 ed	1993
62	Rotinas em obstetrícia	Freitas, Fernando; Martins-Costa, Sérgio H.; Ramos, José Geraldo Lopes; Magalhães, José Antônio.	4 ed	2001
63	Rotinas em obstetrícia	Freitas, Fernando; Martins-Costa, Sérgio H.; Ramos, José Geraldo Lopes; Magalhães, José Antônio.	5 ed	2006
64	Rotinas em obstetrícia	Freitas, Fernando; Martins-Costa, Sérgio H.; Ramos, José Geraldo Lopes; Magalhães, José Antônio.	6 ed	2011
65	Rotinas em obstetrícia	Freitas, Fernando; Martins-Costa, Sérgio H.; Ramos, José Geraldo Lopes.		1997
66	Tratado de obstetrícia, FEBRASGO	Benzecry, Roberto		2001
67	Williams Obstetrícia	Pritchard, Jack A; Macdonald, Paul C	16 ed	1983
68	Williams obstetrícia	Cunningham, F. Gary; MacDonald, Paul C.; Gant, Norman F.; Leveno, Kenneth J.; Gilstrap, Larry C.; Hankins, Gary D.; Clark, Steven L.	20 ed	2000
69	Zugaib Obstetrícia	Zugaib, Marcelo	1 ed	2008

Fonte: Elaboração própria

Apêndice C

Lista dos títulos dos manuais de obstetrícia com especificação dos grupos conforme modelo de assistência ao parto

GRUPO 1	Manejo ativo a priori
	Manejo ativo com restrição
GRUPO 2	Expectante

1	Assistência ao parto e tocurgia: manual de orientação	Camano, Luiz; Souza, Eduardo de
2	Compêndio de obstetrícia e ginecologia	Norwitz, Errol R.; Schorge, John O
3	Condutas em Clínica Obstétrica	Madi, José Mauro; Rombaldi, Renato Luis; Tessari, Dilma Maria
4	Condutas em obstetrícia	Viggiano, Mauricio Guilherme Campos
5	Diagnóstico e tratamento em obstetrícia e ginecologia	Benson, Ralph Criswell
6	Fundamentos de ginecologia e obstetrícia	Hacker, Neville F.; Moore, J. George.
7	Guias de Obstetrícia	Camano, Luiz; Souza, Eduardo de; Sass, Nelson; Mattar, Rosiane
8	Manual de condutas em obstetrícia	Chaves Netto, Hermógenes; Sá, Renato Augusto Moreira de; Oliveira, Cristiane Alves de
9	Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins	Bankowski, Brandon J. Et all
10	Manual de obstetrícia	Ellis, Jeffrey W.; Beckmann, Charles R. B.
11	Manual de obstetrícia	Evans, Arthur T.
12	Manual de obstetrícia de Williams	Leveno, Kenneth J.; Cunninham, F. Gary; Gant, Norman F.; Alexander, James M.; Bloom, Steven L; Casey, Brian M.; Dashe, Jodi S.; Sheffield, Jeanne S.; Yost, Nicole P.
13	Manual de obstetrícia e ginecologia	Benson, Ralph Criswell
14	Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento	Niswander, Kenneth R; Evans, Arthur T
15	Manual de terapêutica: Ginecologia e obstetrícia	Grando, Leisa Beatriz
16	Noções práticas de obstetrícia	Corrêa, Mário Dias
17	Obstetrícia	Cabral, Antônio Carlos Vieira
18	Obstetrícia	Moron AF, Camano L, Kulay Júnior L, editores
19	Obstetrícia	Rezende, Jorge de
20	Obstetrícia	Barros, Dirceu Neves de, Lins, Fernando Estelita; Galhardo, José
21	Obstetrícia	Falcone, Iremar
22	Obstetrícia & Ginecologia - Manual para o residente	Mariani Neto, Corintio; Tadini, Valdir

23	Obstetrícia básica	Neme, Bussamara
24	Obstetrícia básica	Chaves Netto, Hermógenes; Sá, Renato Augusto Moreira de
25	Obstetrícia diagnóstico e tratamento	Santos, Luiz Carlos; et al
26	Obstetrícia e ginecologia: diagnóstico e tratamento	DeCherney, Alan H; Nathan Lauren
27	Obstetrícia Fundamental	Rezende, Jorge de; Montenegro, Carlos Antonio Barbosa
28	Obstetrícia normal Briquet	Delascio, Domingos; Guariento, Antonio
29	Obstetrícia normal e patológica.	Barbosa, Luiz Aguirre Horta
30	Obstetrícia prática	Barbosa, Luiz Aguirre Horta
31	Obstetrícia protocolos de diagnóstico e tratamento	Mendonça, Delosmar
32	Obstetrícia gestações normais & patológicas	Gabbe, Steven G.; Niebyl, Jennifer R.; Simpson, Joe Leigh; Araújo, Cláudia Lúcia Caetano de
33	Obstetrícia: texto básico para estudantes de medicina	Grelle, Francisco C.; Amaral, Luiz Beethoven D
34	Protocolos assistenciais, Clínica Obstétrica, FMUSP	Zugaib, Marcelo; Bittar, Roberto Eduardo
35	Rotinas em obstetrícia	Freitas, Fernando; Martins-Costa, Sérgio H.; Ramos, José Geraldo Lopes; Magalhães, José Antônio.
36	Tratado de obstetrícia, FEBRASGO	Benzecry, Roberto
37	Williams obstetrícia	Cunningham, F. Gary; MacDonald, Paul C.; Gant, Norman F.; Leveno, Kenneth J.; Gilstrap, Larry C.; Hankins, Gary D.; Clark, Steven L.
38	Zugaib Obstetrícia	Zugaib, Marcelo

Fonte: Elaboração própria

Apêndice D

Quadro com a identificação e descrição das editoras que publicaram os manuais estudados

Nova Letra

Nova Letra é uma editora sediada na cidade de Blumenau e foi contratada pela Associação Catarinense de Medicina - ACM para produzir o manual em sua 3ª edição, no ano de 2006. A ACM é uma associação médica do estado de Santa Catarina, fundada em 28 de abril de 1937, que se auto apresenta com a "missão institucional de atuar na defesa da classe médica e promover o desenvolvimento científico e sócio cultural" (ACM, 2019a). Entre as atividades mantidas pela instituição, que é filiada a Associação Médica Brasileira, encontra-se a publicação de uma revista científica "Revista Arquivos Catarinenses de Medicina", que é um periódico de publicação trimestral, criado em 1957 em formato físico e a partir de 1997 em formato online. A editora possui uma coleção intitulada "Manual de Terapêutica", que está na sua 4ª edição, ano de 2017, edição esta que foi produzida pela Elsevier Editora Ltda. Segundo a ACM o objetivo do manual seria o de disponibilizar uma fonte para consulta para estudantes, residentes e médicos sobre temas tais como: ginecologia e obstetrícia, como é o caso do manual que estamos analisando; pediatria; medicina de família e comunidade; cirurgia e clínica médica (ACM, 2019b).

Artes Médicas

Editora que atua no mercado literário desde 1964, com sede localizada no estado de São Paulo. Com publicações no campo da medicina, seu acervo conta com coleções nas áreas de dermatologia, psicofarmacologia, neuropsicologia entre outras. Em 2010, passa a incorporar o Grupo Artmed que passa a se chamar Grupo A. (Ver arquivo

sobre Artmed) (FLORENCE, 2018a)

Artmed

Fundada em 1973, na cidade de Porto Alegre, inicialmente dedicando-se à comercialização de livros médicos e, após alguns anos, passou a publicar seus próprios títulos, em áreas de Saúde Mental e Educação. Em 2001, inaugura um Centro Logístico com o objetivo de aprimorar o gerenciamento de todas as etapas de cuidados com os livros: entrada, armazenamento, transporte e distribuição para os livreiros. Ao longo de sua trajetória, a editora lança novos selos incorporando publicações de outras áreas: geologia, astronomia, arquitetura, design, moda e fotografia. Em 2010, a editora amplia um movimento de busca de investimentos e parcerias para aprimoramento de gestão e governança corporativa que culminaria com a entrada do BNDES Participações S.A. - BNDESPAR e da Companhia de Participações – CRP, no quadro societário, vindo a se constituir como Grupo A. O Grupo A passa a contar com cerca de 2.400 títulos ativos, nos selos McGraw Hill, Bookman, Artmed, Penso e Artes Médicas. Atua com publicação de periódicos, livros impressos, eBooks, aplicativos e cursos à distância. Em 2011, o Grupo A inicia uma parceria com a empresa Blackboard, que atua no ramo de ensino através do uso de tecnologias digitais e ensino híbrido (que combina a tecnologia com interações presenciais), tornando-se representante exclusivo da empresa no Brasil, faz o lançamento da série Tekne (coleção de livros didáticos voltados para educação tecnológica e profissional e neste mesmo ano também adquire o site MedicinaNET. A atuação do Grupo A no campo digital continuou a se expandir e no ano seguinte ele funde suas operações com a GSI Online, agregando a utilização dos recursos digitais em formatos de jogos educacionais e cursos online, voltado tanto para o mercado corporativo quanto para instituições de ensino. Em 2013, faz o lançamento do HarrisonBrasil.com, um portal

de conteúdo médico, o Medicina Interna de Harrison. O grupo também desenvolve projetos relacionados a modelos do processo de ensino e, em 2014, faz uma parceria com a Hoper Educação (empresa da área de gestão educacional) e lança a SAGAH (plataforma que dá suporte a Instituições de Ensino Superior que atua tanto na produção de conteúdos quanto no apoio com ferramentas de avaliação, capacitação, consultoria e pesquisa, e suporte aos professores). No mesmo ano estabelece mais duas parcerias uma com a plataforma de gestão de vídeos Kaltura e outra com a plataforma Moodlerooms, que se propõe a ser um facilitador de aprendizagem (GRUPO “A”, 2018; HOPER, 2020; KOIKE, 2011).

Atheneu

Editora fundada em 1928, como Editora Atheneu é considerada uma das mais antigas editoras do país. Em sua trajetória dentro do mercado editorial houve a junção da Atheneu Editora São Paulo, a Atheneu Cultura e a Atheneu Hispânica, formando o Grupo Atheneu, grupo dedicado a publicações da Área da Saúde, especialmente na área da Medicina, Enfermagem e Saúde. O Grupo possui um catálogo com cerca de 1.600 títulos e com mais de 2500 publicados (ATHENEU, 2020).

COOPMED

A Cooperativa de Consumo, Editora e de Cultura Médica – COOPMED, foi criada em 1961 por um grupo de estudantes e professores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Entre os objetivos de sua criação estava o de oferecer para os estudantes da universidade melhores condições de acesso a livros e materiais necessários ao processo de formação e atualização científica. Na sua lista de publicações encontra-se várias obras voltadas para estudantes e profissionais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional entre

outras áreas da saúde. Seus livros continuam sendo produzidos a partir do princípio de cooperativismo, na contramão do que se observa no mercado editorial que tem passado por um forte movimento de incorporação de editoras mineiras por grandes empresas do mercado nacional. Segundo a COOPMED, o sistema cooperativista permite tratar os autores como associados, o que por sua vez, se refletiria em melhores condições de repasse dos valores dos direitos autorais. Possui em torno de 165 títulos registrados na Biblioteca Nacional, com uma tiragem de produção anual entre 30 mil e 24 mil exemplares (COOPMED, 2018).

Prentice Hall do Brasil

Editora norte americana, criada 1913, fundada pelo professor de direito Charles Gerstenberg e seu aluno Richard Ettinger, que decidiram por nomear a empresa com os nomes de solteira de suas mães - Prentice e Hall. Na década de 1950, a Prentice Hall monta a sua primeira divisão de livros educacionais e, a partir de então, publica uma série de programas educacionais que a levaram a uma posição de destaque no mercado editorial, mas que também se dedicava na publicação de livros acadêmicos, comerciais e profissionais. (PEARSON EDUCATION, 2020)

Em 1984, a Prentice Hall, que ocupava a 11ª posição no ranking de editoras dos EUA, e a Gulf & Western, anunciaram um acordo de fusão que elevou a nova empresa ao patamar de maior editora de livros dos EUA, superando a McGraw-Hill Inc., que até então era a editora líder do mercado. Na época a Gulf & Western já era considerada uma grande editora, estava envolvida nesse movimento de ampliação de suas atividades, dentre os quais havia adquirido a Simon & Schuster, que ocupava 6ª posição no ranking. Assim, com a entrada da Prentice Hall e a junção dos valores de venda, o conglomerado assumiu a liderança. Pelo acordo, a Prentice Hall continuou operando com o mesmo nome, manteve a mesma direção e administração. (COLE,

1984;TUCKER; SCHRAGE, 1985). Contudo, o que se observou já no ano seguinte, foi que a configuração da empresa, as áreas eleitas para investimento e as publicações que seriam produzidas sob cada selo editorial foram sofrendo alterações e adaptações; em uma relação muito próxima às flutuações do mercado produtivo e consumidor. Em 1991, a Simon & Schuster, uma subsidiária da Paramount Communications Inc., assim como acontecia em outras editoras, adotou medidas de controle de custos, sob a alegação de uma queda de crescimento do mercado, e realizou ajustes das áreas a serem publicadas em cada selo da empresa, ficando determinado que, doravante, a Prentice Hall se dedicaria a publicações do campo educacional, com as marcas Prentice Hall School e Prentice Hall College. (COHEN, 1991)

Em 1997, a Simon & Schuster formou uma divisão de publicação K-12 (denominação relacionada aos segmentos de ensino fundamental e médio), compreendendo as empresas Silver Burdett Ginn (SBG), Prentice Hall School e Globe Fearon. Um ano depois, a empresa controladora da Simon & Schuster, a Viacom (que substituiu a controladora Gulf & Western), vendeu todas as operações educacionais da Simon & Schuster para a Pearson PLC, criando a Pearson Education.

Pearson PLC é uma empresa multinacional britânica, fundada em 1844, por Samuel Pearson como empresa de construção em Yorkshire. Em aproximadamente 40 anos de atuação, ela se tornaria uma das maiores construtoras do mundo, desenvolvendo atividades no ramo dos transportes, comércio e telecomunicações. No início dos anos de 1990, ela amplia seu mercado de atuação através da compra de pequenos jornais da Inglaterra. Na década de 1950, comprou o Financial Times, 50% do The Economist, na década de 1960, comprou a editora Logman, entre outras aquisições. Nos anos 2000, a empresa entra no mercado de educação com a compra da Computer Systems, empresa americana do ramo de avaliação e gestão educacional, e, no campo editorial,

ainda detém 47% das ações da Penguin Random House (maior grupo editorial do mundo controlado por outro grande conglomerado, o Bertelsmann) (BARBOSA, 2013; BERTELSMANN, 2020; PEARSON, 2020).

Com a junção da Pearson com a Prentice Hall, formou-se a Pearson Prentice Hall como uma divisão da Pearson Education, líder global em publicações educacionais integradas, também composta por outras marcas de renome do setor como a Pearson Longman, Pearson Scott Foresman, Pearson Addison Wesley, Pearson NCS e muitas outras (PEARSON, 2020; PEARSON EDUCATION, 2020).

No Brasil, em 2008, a Pearson comprou a divisão de aprendizagem do Sistema Educacional Brasileiro – SEB e, em 2013, comprou o Grupo Multi, que incluía as empresas Wizard, Yázigi e Skill (BARBOSA, 2013).

Desde de janeiro de 2019, os livros de ensino superior da Pearson Prentice Hall do Brasil, que possui um catálogo com cerca de 500 títulos nacionais e internacionais em diversas áreas, passou a ser divulgado e distribuído pelo “Grupo A” (PEARSON BRASIL, 2020).

Editora Ponto

Localizada na Rua Pedro de Lucena, 64 – Mooca, São Paulo, conforme informação que consta no próprio manual: “Manual de orientação FEBRASGO: Assistência ao parto e tocurgia” (CAMANO, 2002) , logo abaixo da ficha catalográfica, juntamente com um endereço de e-mail para contato. Pesquisas feitas de forma online não apresentaram qualquer informação da empresa, também tentamos contato com a empresa através de email indicado, mas o endereço foi dado como inválido. A apresentação física do local, observada através de um serviço de busca e visualização de mapas e imagens de satélite, sugere tratar-se de uma empresa do tipo oficina, dedicada a serviços de impressão.

EDUCS

A Editora da Universidade de Caxias do Sul – EDUCS, foi criada no ano de 1976 e apresenta como objetivo promover a divulgação de obras didático-pedagógicas, científicas, técnicas e culturais. Publica obras dos próprios professores da Universidade de Caxias do Sul - UCS, decorrentes de atividades de ensino, pesquisa e extensão, contribuindo assim para a qualificação dos cursos, e do próprio corpo docente. Desta forma, a EDUCS acabava por editar títulos relacionados a área nas quais a UCS atuava: publicações de suporte de alunos do ciclo básico da graduação, imigração italiana. No final da década de 1970, a UCS cria uma Escola Superior de Hotelaria em uma parceria com a Secretaria Estadual de Turismo. A Escola, inicialmente, funcionou na praia de Atlântida, localizada no município de Xangri-lá, Rio Grande do Sul e depois foi transferida para o município de Canela – RS. Assim, para atender as demandas de material didático do curso, os professores passaram a escrever os próprios livros para utilizar em sala de aula, nascendo dali duas coleções: "Hotelaria" e "Turismo", que segundo informações da EDUCS contribuíram para que tanto a Escola, a Editora e a própria UCS obtivessem um reconhecimento em todo país. As duas coleções ainda permanecem entre as mais importantes de todo o catálogo da EDUCS, que hoje é composto por 270 títulos, de um total de 1.200 títulos já publicados pela editora (EDUCS, [s.d.]).

Folha Carioca Editora

Segundo a informação encontrada na página 192 do manual: “Obstetrícia: conceitos e condutas” (BARROS; LINS; GALHARDO, 1987), a editora estaria localizada na Rua João Cardoso, 23. Bairro Santo Cristo, Rio de Janeiro. Pesquisas online confirmam a existência da empresa no endereço indicado, mas não foi encontrado informações

sobre sua história ou atividades. A apresentação física do local, observada através de um serviço de busca e visualização de mapas e imagens de satélite, sugere tratar-se de uma empresa do tipo oficina, dedicada a serviços de impressão.

Guanabara Koogan

Guanabara Koogan é uma editora fundada por Abraão Koogan, para publicação de obras relacionadas com as ciências da saúde. Atualmente ela integra o Grupo Editorial Nacional – GEN, uma *holding* criada em 2007 e controlada pelas famílias fundadoras das editoras Guanabara Koogan e Livros técnicos e científicos Editora Ltda. - LTC. Juntas, as duas famílias detêm 70% do capital do GEN, que reúne as editoras Santos, Roca, AC Farmacêutica, Forense, Método, Atlas e Forense Universitária (GEN, 2018; PIRES, 2017).

O GEN se dedica a atividades não só relacionadas a publicação de livros impressos, como também disponibiliza conteúdos no formato digital tais como e-books, videoaulas e cursos online. O Grupo se auto apresenta como uma empresa especializada em soluções educacionais, com produtos que possuem um formato compatível e aplicável as metodologias de aprendizagem ativa (GEN EDUCAÇÃO, 2020).

Instituto Piaget

Instituto Piaget que é uma unidade de ensino superior fundada em Portugal por Antònio Oliveira Cruz. Vinculada ao Instituto encontra-se a Edições Piaget Ltda. iniciou suas atividades em 1988 com o objetivo de publicar obras ensaísticas de pensadores contemporâneos. Nos anos de 1990 a editora amplia o seu catálogo de obras a serem publicadas fazendo a opção por um viés de interdisciplinaridade, atingiram a marca de 1500 títulos. Como editora universitária buscou cumprir um

papel de apoio aos trabalhos de professores e alunos do Instituto Piaget e ampliando sua atuação para além do seu espaço de origem, desde 1999 ela estende sua atuação a outros países, estando atualmente em Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau e Moçambique (INSTITUTO PIAGET, 2018b,a).

Manole

A Manole é uma editora que no início dos anos 1960 inicia suas atividades como livraria com um serviço de distribuição em que incluía a opção de entrega em que o livro era levado até o local de trabalho do comprador, e se destacava com a venda de livros da área de medicina. Para iniciar o serviço de publicação criou um projeto onde o médico interessado na obra, adquiria o livro com antecedência e esses valores faziam a composição do capital necessário para realizar a atividade. Seu catálogo possui mais de 1000 títulos publicados de autores nacionais e estrangeiros. Possui um sistema de parcerias com universidades entre as quais a USP e a Unifesp. Há cerca de 10 anos ela vem diversificando o formato pelo qual oferece seus produtos, dentre os quais encontram-se a criação da Manole Digital, que consiste em uma plataforma de acesso de livros eletrônicos - E-books, assim como ampliando sua área de atuação com a criação da Manole Educação com oferecimento de cursos presenciais, semipresenciais e cursos online, onde os alunos possuem livre acesso à biblioteca Virtual. Possui ainda os selos: Amarilys voltado para literatura infantil e infanto-juvenil, ficção e não ficção para adultos; Minha Editora que inclui projetos especiais, livros comemorativos, biografias, publicações específicas, livros científicos e para o público em geral, e mantém o selo original, o Manole, que abarca livros científicos, técnicos e profissionais (FLORENCE, 2018b; MANOLE, 2018).

McGraw-Hill Interamericana do Brasil McGraw-Hill Interamericana do Brasil

McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda., empresa sediada em São Paulo, oferecendo serviços educacionais, editoriais e financeiros. Em 2019 passa a operar como subsidiária da Artmed Editora S.A., que se tornaria o Grupo A (BLOOMBERG, 2018).

Medsí

Inscrita no CNPJ sob o nome de Medsí Editora Medica E Científica Ltda. Outras informações não foram encontradas.

Revinter

A editora Revinter era uma editora brasileira fundada em 1974, tem em seu catálogo mais de 1.500 títulos em diversas especialidades médicas, com escritórios no Rio de Janeiro e em São Paulo. No fim de 2016 a empresa alemã Thieme adquiri a totalidade das cotas da Revinter, formando a Thieme Revinter.

Criada em 1886, na cidade de Leipzig, na Alemanha, a Thieme vindo a atuar no mercado editorial mundial na área da saúde, com destaque para a medicina e em plataformas exclusivas de ensino online. Expandiu sua atuação mantando escritórios em outros países: Estados Unidos, Índia, Reino Unido, Austrália, incluindo o Brasil, no ano de 2013. Segundo informações da própria empresa no desejo de expandir suas operações optou em fazê-lo através da aquisição da Editora Revinter (REVINTER, 2018). Segundo reportagem publicada na época da fusão, Sérgio Dortas e Laercio Dortas diretores da Revinter permaneceriam na empresa. Sérgio passaria de CEO da empresa a diretor comercial, de marketing e captação de novos autores. Laercio passaria para função de diretor de produção editorial (PUBLISHNEWS,

2016).

Roca

A Roca era uma editora independente que concentrava suas publicações nas áreas de acupuntura, medicina e veterinária. A partir de 2007 foi incorporada ao Grupo GEN, sobre o qual já tratamos anteriormente (GEN, 2020; FLORENCE, 2018c).

Sarvier

Fundada em 1966, a Sarvier já apresenta em seu nome o foco de suas publicações: SARVIER - Editora de Livros Médicos Ltda., e voltada para a publicação de autores nacionais. Segundo os dados institucionais sobre a editora, consta que o início de suas atividades se deu em contexto em que o acervo de obras nacionais era restrito, marcado por um interesse de importar obras internacionais e realizar a tradução de títulos considerados de maior aceitação e, desta forma, se reduziria os riscos relacionados a publicação de uma obra. Pouco se estimulava a publicação de produções realizadas nas Escolas Médicas nacionais o que comprometia o suprimento das exigências dos estudos e das atualizações mais próximas da realidade brasileira, e neste contexto a editora desejava ocupar esse espaço (SARVIER, 2018).

Fonte: Elaboração própria

Apêndice E

Nota de pesquisa - A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia

The medicalization of Childbirth in Brazil throught the study of obstetrics handbooks

História, Ciências, Saúde-Manguinhos

Print version ISSN 0104-5970 On-line version ISSN 1678-4758

Abstract

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2018, vol.25, n.4, pp.1147-1154. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500012>.

Nesta nota de pesquisa apresento um relato preliminar da pesquisa de doutorado em saúde da criança e da mulher que estou realizando no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz. Elegi como objeto de estudo a difusão dos saberes e práticas relativas ao parto. Optei em realizá-lo por meio da análise dos manuais de obstetrícia. Analiso manuais publicados no Brasil, entre 1980 e 2011, e pretendo contribuir para a construção de uma assistência ao parto no qual a mulher e suas necessidades sejam o centro no processo de tomada de decisões sobre os cuidados, intervenções e procedimentos a serem dispensados no trabalho de parto e no parto.

Keywords : medicalização; assistência ao parto; saúde da mulher e da criança.

• [abstract in English](#) • [text in Portuguese](#) • Portuguese ([pdf](#))

Services on Demand

Journal ▼

-  SciELO Analytics
-  Google Scholar H5M5 (2019)

Article ▼

-  Portuguese (pdf)
-  Article in xml format
-  How to cite this article
-  SciELO Analytics
-  Automatic translation

Indicators ◀

Related links ◀

Share ▼

-  More
-  More

 Permalink

Lucia Regina de Azevedo Nicida

Doutoranda, Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira / Fiocruz. Rio de Janeiro – RJ – Brasil

lucia.nicida@gmail.com

Recebido em 3 out. 2017.

Aprovado em 19 ago. 2018.

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1147-1154.

Resumo

Nesta nota de pesquisa apresento um relato preliminar da pesquisa de doutorado em saúde da criança e da mulher que estou realizando no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz. Elegi como objeto de estudo a difusão dos saberes e práticas relativas ao parto. Optei em realizá-lo por meio da análise dos manuais de obstetrícia. Analiso manuais publicados no Brasil, entre 1980 e 2011, e pretendo contribuir para a construção de uma assistência ao parto no qual a mulher e suas necessidades sejam o centro no processo de tomada de decisões sobre os cuidados, intervenções e procedimentos a serem dispensados no trabalho de parto e no parto.

Palavras-chave: Medicalização, assistência ao parto, saúde da mulher e da criança

Abstract

In this research note, I present a preliminary account of doctoral research in women's and children's health at the Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz. The aim is to study the spread of knowledge and practices relating to childbirth by analyzing obstetrics handbooks published in Brazil between 1980 and 2011, contributing to the development of childbirth care in which the woman and her needs are at the center of the decision-making process about which care, interventions, and procedures are to be dispensed during labor and childbirth.

Keywords: medicalization; childbirth care; women's and children's health.

Refletindo sobre a medicalização do parto

Desde a década de 1980, a reflexão sobre o processo de medicalização da assistência ao parto tem se tornado recorrente na pauta de discussão, tanto nas áreas de biomédica, antropologia, política como no âmbito dos movimentos sociais, revelando diferentes conflitos e posicionamentos. Composto essa movimentação, destaco a realização de três conferências internacionais de consenso organizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e os Escritórios Regionais da Europa e Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o uso apropriado de tecnologia no pré-natal, no parto e no nascimento (Boareto, 2003). A segunda delas,

realizada em 1985, em Fortaleza, reconheceu o parto como um evento natural e normal, afirmando que não havia justificativas para taxas de cesárea acima de 10 a 15% (WHO, 1985). Além do incentivo ao parto vaginal, recomendou mudanças nas rotinas marcadas por intervenções técnicas e tecnológicas, alertando que, quando utilizadas de forma desnecessária e excessiva, poderiam causar danos tanto para a mãe quanto para o bebê (Diniz, 2005; Maia, 2010). No Brasil, a crítica às consequências perniciosas desse processo se constituiu, desde então, como um movimento que foi denominado de “humanização do parto”, tendo como uma de suas características a complexidade, já que passou a envolver uma multiplicidade de questões e agentes.

Integrando essa movimentação, ganharam força os estudos científicos de avaliação das práticas de assistência ao parto, tais como a colaboração internacional baseada na metodologia de revisão sistemática, em um movimento por uma medicina baseada em evidências científicas (MBE). Em 1989, como um dos resultados dessa colaboração, foi publicada uma revisão sistemática de cerca de 40 mil estudos envolvendo 275 práticas de assistência perinatal, em um trabalho que incluiu mais de quatrocentos pesquisadores entre obstetras, pediatras, enfermeiros, estatísticos, epidemiologistas, cientistas sociais, parteiras. A pesquisa foi desenvolvida com estudos publicados desde 1950, sobre o tema gravidez e parto (Boareto, 2003; Vasconcelos, 2010).

Em 1996, a OMS publica uma coletânea dessas revisões, passando a ser reconhecidas como “Recomendações da OMS” (Diniz, 2005). As recomendações serviram de referência para a elaboração das políticas de parto brasileiras, para as campanhas do Ministério da Saúde (MS) e para os movimentos sociais pela “humanização”, que se tornaram cada vez mais atuantes. Ainda em 1996, elas foram publicadas pelo MS com o título: “Assistência ao parto normal: um guia prático”, e no ano 2000 foi distribuída para os ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstetras do país (Diniz, 2005; Deslandes, 2005). Outrossim, também surgiram discussões sobre a necessidade de implementação de melhorias na interação entre a parturiente e os profissionais envolvidos nos cuidados (Diniz, 2005; Torquinst, 2002).

Contudo, a despeito dos movimentos e das transformações ocorridas nos cuidados dispensados no campo da saúde materna e neonatal e das recomendações que vêm sendo preconizadas de boas práticas de atenção obstétrica, a assistência ao parto na rede pública continua vivendo percalços: ainda é marcada pela insegurança; por uma relação profissional-usuária autoritária, com formas de tratamento discriminatório; pela

banalização da dor e do sofrimento, reforçando a associação do parto vaginal a uma experiência traumática. Por outro lado, no setor privado, o que se destaca é o alto percentual de cesarianas realizadas, chegando em 2015 em torno de 85% (Rehuna, 2015).

Para analisar o quadro assistencial brasileiro, foi realizada, entre os anos de 2011 e 2012, a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz. Entre os resultados relativos às intervenções obstétricas no trabalho de parto e parto a pesquisa apontou, por exemplo, um uso de episiotomia de 56,1 % entre as mulheres que participaram do estudo, número que sobe para quase 75% quando consideradas as primíparas. Taxas distantes do que vem sendo recomendado pela OMS, que seria em torno de 10% e 30% (Leal et al., 2014).

Outra intervenção que apresentou elevada prevalência foi a utilização da posição de litotomia durante o parto, atingindo 90% quando consideradas as parturientes de risco habitual, quando estudos indicam que as posições verticalizadas trazem maior benefício para a mulher e para o feto (Leal et al., 2014). Dados como esses nos mostram um longo caminho a ser percorrido para que a mulher desfrute de uma assistência que atenda as suas necessidades.

A partir desse quadro, considero que um estudo sócio-histórico da medicalização do parto, relacionado à pesquisa documental, reconhecendo a riqueza de informações que ela pode nos fornecer (Cellard, 2012), em muito tem a contribuir para a compreensão do cenário obstétrico brasileiro atual. Assim, partindo da hipótese de que a compreensão do modelo medicalizado de assistência ao parto passa pelo entendimento e pela identificação dos paradigmas que têm sido difundidos pela ciência obstétrica, e considerando que os manuais de obstetrícia são um importante veículo de disseminação do embasamento teórico que serve de sustentação às práticas, estabeleci como pergunta geral de pesquisa: quais cuidados, procedimentos e indicações de realização de intervenções obstétricas aparecem descritos nos manuais de obstetrícia publicados no Brasil?

A reflexão sobre essa pergunta geral nos indica inúmeras possibilidades de caminhos de investigação; dentre elas elegi aquela que busca identificar como os manuais têm orientado quanto à realização de intervenções obstétricas referentes à assistência ao trabalho de parto e parto. Qual a relação entre essas orientações e as evidências científicas existentes em cada período? Como tem se delineado a

incorporação e exclusão das intervenções obstétricas identificadas? Quais atores compõem a cena do parto e qual função desempenham no processo de parturição?

Sobre os estudos dos manuais

Alguns estudos sugerem que os manuais funcionariam como instrumentos de transmissão de conhecimento científico sistematizado, apresentando o corpo teórico aceito pelo campo, assim como as suas aplicações. Dessa forma, esses manuais podem funcionar como mecanismo de conservação de bases teóricas dominantes, definindo o que se constitui como problema e como solução em determinada área do saber (Kuhn, 2011).

Nesse sentido, julgo importante investigar quais teorias e aplicações estão sendo difundidas nos manuais de obstetrícia publicados entre os anos 1980 e 2011 e se estão relacionados, ou não, ao modelo de assistência que se tornou hegemônico na segunda metade do século XX, e que ainda faz parte de nossa realidade, modelo no qual intervenções técnicas e tecnológicas são frequentemente utilizadas de forma desnecessária e excessiva (Diniz, 2005; Maia, 2010). Quanto ao recorte cronológico, estabeleci como ponto de partida a década de 1980, por ser uma década em que ocorre uma profusão de movimentos de reflexão sobre o processo de medicalização do parto, como as conferências de consenso apoiadas pela OMS, e como final o ano de 2011, por ser o ano de realização da pesquisa “Nascer no Brasil”, que apresenta um retrato da situação da atenção ao parto e nascimento.

Minha proposta segue a linha dos estudos realizada por Nakano (2015) ao proceder às análises do capítulo “Operação cesariana”, em três edições da publicação de Jorge de Rezende intitulada *Obstetrícia*; o trabalho de Martin (2006) que analisa as diferentes descrições sobre o trabalho de parto, e suas transformações no decorrer das diferentes edições do *Williams obstetrics*; e o trabalho de Arredondo González (2015) que investiga oito manuais publicados em língua castelhana entre os anos de 1855 e 1955, para identificar as tecnologias e objetos utilizados nos cuidados de enfermos e o reconhecimento social daqueles que os utilizavam.

O estudo dos manuais de obstetrícia como instrumento pedagógico permite-nos uma aproximação das concepções validadas pela ciência obstétrica que estão sendo recomendadas aos médicos, em um determinado tempo e em um determinado espaço (Nakano, 2015). A partir desse conhecimento poderei identificar, analisar e sistematizar

os argumentos e as estratégias que têm contribuído para o processo de medicalização da assistência ao parto no Brasil.

Iniciando a coleta de dados realizei uma busca nos portais das bibliotecas das principais universidades de medicina do país: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas; assim como na biblioteca da Fundação Oswaldo Cruz, onde localizei 56 títulos disponíveis para consulta e cuja lista provisória está especificada na Tabela 1.

Tabela 1: Lista provisória de títulos de manuais localizados

Nº	Título	Autor/Editor/Organizador
1	Assistência ao parto e tocurgia: manual de orientação	Camano, L. et al.
2	Assistência obstétrica: um guia prático	Fraser, D.M. et al.
3	Compêndio de obstetrícia e ginecologia	Norwitz, E.R. et al.
4	Compêndio III: atualização em obstetrícia e ginecologia	American College of Obstetricians and Gynecologists
5	Condutas em clínica obstétrica	Madi, J.M. et al.
6	Condutas em obstetrícia	Rolnik, D.L. et al.
7	Condutas em obstetrícia	Viggiano, M.G.C.
8	Diagnóstico e tratamento em obstetrícia e ginecologia	Benson, R.C.
9	Fundamentos de ginecologia e obstetrícia	Hacker, N.F.; Moore, J.G.
10	Ginecologia e obstetrícia de Netter	Smith, R.P.
11	Ginecologia: manual de normas e condutas	Lopes, R.G.C. et al.
12	Manual de assistência ao parto	Cabral, A.C.V. et al.
13	Manual de condutas em obstetrícia	Chaves Netto, H.; Sá, R.A.M.
14	Manual de ginecologia e obstetrícia	Ostergard, D., Brangonier, J.R.
15	Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins	Lambrou, N.C. et al.
16	Manual de obstetrícia	Basegio, D.L. et al.
17	Manual de obstetrícia	Ellis, J.W.; Beckmann, C.R.B.
18	Manual de obstetrícia	Evans, A.T.
19	Manual de obstetrícia	Martins, J.A.P.
20	Manual de obstetrícia de Williams	Leveno, K.J. et al.
21	Manual de obstetrícia diagnóstico e conduta	Mathias, L.
22	Manual de obstetrícia e ginecologia	Benson, R.C.
23	Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento	Niswander, K.R.; Evans, A.T.
24	Manual de terapêutica: ginecologia e obstetrícia	Grando, L.B.
25	Manual Febrasgo – 2000	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
26	Manual prático de monitoração obstétrica	Santos, P.R.F.
27	Noções práticas de obstetrícia	Corrêa, M.D.

28	Obstetrícia	Barros, D.N. et al.
29	Obstetrícia	Cabral, A.C.V.
30	Obstetrícia	Falcone, I.
31	Obstetrícia	Lemoine, J.P. et al.
32	Obstetrícia	Moron, A.F. et al.
33	Obstetrícia	Rezende, J.
34	Obstetrícia	Rezende Filho, J.; Montenegro, C.A.B.
35	Obstetrícia & ginecologia – Manual para o residente	Mariani Neto, C.; Tadini, V.
36	Obstetrícia: fundamentos e avanços na propedêutica, diagnóstico e tratamento	Aldrighi, J.M. et al.
37	Obstetrícia básica	Neme, B.
38	Obstetrícia básica	Chaves Netto, H.; Sá, R.A.M.
39	Obstetrícia diagnóstico e tratamento	Santos, L.C. et al.
40	Obstetrícia e ginecologia: diagnóstico e tratamento	DeCherney, A.H.; Nathan, L.
41	Obstetrícia fundamental	Rezende, J.; Montenegro, C.A.B.
42	Obstetrícia fundamental	Rezende Filho, J.; Montenegro, C.A.B.
43	Obstetrícia normal	Briquet, R.
44	Obstetrícia normal Briquet	Briquet, R. et al.
45	Obstetrícia normal Briquet	Guariento, A.; Delascio, D.
46	Obstetrícia normal e patológica	Barbosa, L.A.H.
47	Obstetrícia protocolos de diagnóstico e tratamento	Mendonça, D.
48	Obstetrícia gestações normais & patológicas	Gabbe, S.G. et al.
49	Obstetrícia: texto básico para estudantes de medicina	Grelle, F.C. et al.
50	Protocolos assistenciais Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP	Zugaib, M.; Bittar, R.E.
51	Revisão em ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins	Bankowski, B.J. et al.
52	Rotinas em obstetrícia	Freitas, F. et al.
53	Rotinas em obstetrícia	Montenegro, C.A.B.
54	Tratado de obstetrícia Febrasgo	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
55	Williams obstetrícia	Cunningham. F.G. et al.
56	Zugaib obstetrícia	Zugaib, M.

Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise preliminar das fontes encontrei indícios de que os saberes e práticas difundidos pelos manuais de obstetrícia têm correspondência com um modelo de assistência que transforma algumas intervenções em procedimento de rotina. Sobre a realização de episiotomia, por exemplo, foram encontradas indicações de uso sem restrições, especialmente nos casos das primigestas. Esse posicionamento foi encontrado em Rezende (2002, p.340):

É a episiotomia, quase sempre, indispensável nas primiparturientes,

e em as multíparas nas quais tenha sido anteriormente praticada. Feita com tesoura ou bisturi, poderá ser mediana (perineotomia), médio-lateral, que tem nossas preferências, e lateral (Fig. 6); a ferida incisa, de mais fácil e segura recomposição, substitui-se a lesão contusa da rotura.

E, mais recentemente, em Kondo (2011, p.635):

Nas primigestas, preconiza-se fôcipe baixo ou de alívio com episiotomia médio-lateral (direita ou esquerda) ou perineotomia. A episiotomia deve ser realizada quando a cabeça fetal força e entreabre a fenda vulvar, sem distendê-la excessivamente. A extensão da episiotomia deve ser suficiente para permitir o despreendimento fetal e evitar o trauma materno. Nas multíparas, a episiotomia é seletiva, podendo ou não ser realizada, de acordo com a elasticidade do períneo e o tamanho fetal.

As orientações sobre a posição no momento do parto seguem o mesmo modelo. Nesse caso, a indicação de uso da posição litotômica continua sendo recomendada como a “mais satisfatória” e “preferencial”, como pode ser visto no trecho:

O parto pode ser realizado com a mãe em várias posições. A mais usada e frequentemente a mais satisfatória é a posição de litotomia dorsal a fim de aumentar o diâmetro da saída pélvica (Cap. 3). Em muitas salas de parto isto é feito com a mulher deitada no leito. Para melhor exposição são usados porta-pernas ou estribos (Cunningham et al., 2000, p.286).

Assim como em Kondo (2011, p.634), em que encontramos: “A posição preferencial é a de litotomia, com apoio da panturrilha na perneira. Na cama-mesa de LDR, a posição semissentada com apoio de pé também é utilizada. ... O obstetra deve, preferencialmente, permanecer sentado para realizar o parto”.

Na análise de tais recomendações não foi encontrada menção a procedimentos que nos remetessem a uma atuação ativa da mulher em relação às decisões e procedimentos adotados. Tampouco nenhum canal ou rotina que indicasse alguma possibilidade de expressão da mulher sobre suas necessidades e/ou desejos.

Nesse sentido, a própria definição do que seria a função da ciência obstétrica, encontrada em alguns manuais, poderia estar contribuindo para tal configuração. Como pode ser visto em Rezende, em que o autor destaca:

Obstetrícia é a parte da Medicina que estuda os fenômenos da reprodução, na mulher. Ocupa-se, assim, com a gestação, o parto e o puerpério – investigando-lhes a fisiologia, a patologia e os acidentes – e dita as regras de sua assistência, em circunstâncias normais e sob condições anômalas (Rezende, 2002, p.1; destaque no original).

E, para além da função do cuidado individual da gestante e seu bebê, a obstetrícia também é apresentada por alguns autores como a ciência responsável pela reprodução de uma nação, em que se relaciona com diferentes fatores que influenciarão a quantidade e a qualidade de seus cidadãos.

A obstetrícia é o ramo da medicina responsável pelo parto e pela assistência e tratamento da mãe antes e após o parto (Oxford English Dictionary, 1993). Portanto, a disciplina está relacionada principalmente com a gravidez, o trabalho de parto e o puerpério em circunstâncias normais e anormais. Em um sentido mais amplo, a obstetrícia está relacionada à reprodução de uma nação, porque está relacionada a todos os fatores fisiológicos, patológicos, psicológicos e sociais que influenciam profundamente tanto a quantidade quanto a qualidade de novas gerações de cidadãos (Cunningham et al., 2000, p.1).

Visto a obstetrícia chamar para si a função de “ditar” regras e de responsabilizar-se sobre a tomada de decisão dos procedimentos relativos ao parto, mesmo em “circunstâncias normais”, torna-se possível inferir que isso tende a gerar situações assistenciais em que o(a) obstetra terá o poder de conduzir a assistência sem que haja consulta ou discussão com a mulher ou com quaisquer outros atores que venham a fazer parte da cena do parto.

Para finalizar, gostaria de ressaltar a importância do estudo dos manuais de obstetrícia como fonte de análise dos saberes e práticas relativos ao parto que têm sido sistematizados e validados pela ciência obstétrica, que ali estão sendo difundidos. Estudo este que nos convida ao exame e identificação dos aspectos que estão sendo recomendados aos médicos na fase de “educação científica” e que, possivelmente, têm sido incorporados como sua prática assistencial. Nesse sentido, a pesquisa proposta pode abrir novas perspectivas de pensar e agir na assistência ao parto e, em um sentido mais amplo, contribuir com as iniciativas de âmbito nacional para garantir a assistência integral à saúde da mulher e da criança, dispensando uma atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério, em que prevaleçam as boas condutas obstétricas cujo foco esteja nas necessidades vividas e sentidas por cada uma das mulheres.

Referências

ARREDONDO GONZÁLES, Claudia Patricia.

Cuidados y mundo material: El caso de la enfermería y latecnologia (1855-1955). Tese (Doctorado y la enfermería) – Facultad de Ciencias de La Salud, Alicante. 2015.

BOARETO, Maria Cristina.

Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

CELLARD, André.

A análise documental. In: Poupart Jean et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes. p.295-315. 2012.

CUNNINGHAM, F. Gary et al.

Williams obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.

DESLANDES, Suely Ferreira.

A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p.615-626. 2005.

DINIZ, Simone Grilo.

Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p.627-637. 2005.

KONDO, Mario Macoto.

Assistência ao parto. In: Zugaib, Marcelo. *Protocolos assistenciais, clinica obstétrica, FMUSP*. São Paulo: Atheneu. p.631-636. 2011.

KUHN, Thomas S.

A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva. 2011.

LEAL, Maria do Carmo et al.

Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Caderno de Saúde Pública*, v.30, supl.1, p.S17-S32. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015. 2014.

MAIA, Mônica Bara.

Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.19-49. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf> Acesso em: 21 maio 2016. 2010.

MARTIN, Emily.

A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond. 2006.

NAKANO, Andreza Rodrigues.

Uso de tecnologias e as transformações nas práticas sociais e de nascimento no Brasil: uma normalização da cesárea? Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro. 2015.

REHUNA.

Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Convite para a IV Conferência Internacional de Humanização do Parto e Nascimento de 2016.

Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/seminario/eventos/57-iv-conferencia-internacional-de-humanizacao-do-parto-e-nascimento>>.

Acesso em: 2 out. 2015. 2015.

REZENDE, Jorge de.

Obstetrícia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2002.

TORQUINST, Carmen Susana.

Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto.

Revista de Estudos Feministas, v.10, n.2, p.483-492. 2002.

VASCONCELOS, Alessandra Alves de.

A atuação das enfermeiras na humanização do parto e nascimento no Distrito Federal. Brasília. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília. 2010.

WHO.

World Health Organization. *Appropriate technology for birth*. *Lancet*, v.24, n2, p.436-437. 1985.