

**UMA ANÁLISE DAS DENÚNCIAS A UMA
MATERNIDADE PÚBLICA HUMANIZADA:
DILEMAS DA HUMANIZAÇÃO**
*AN ANALYSIS OF DENOUNCEMENTS
TO A PUBLIC MATERNITY HUMANIZED:
DILEMMAS OF THE HUMANIZATION*

Sara Sousa Mendonça¹

RESUMO: Neste artigo analisarei, a partir das denúncias feitas ao Hospital Maternidade Municipal Maria Amélia, localizado na cidade do Rio de Janeiro, possíveis dilemas, paradoxos e desafios da implementação do modelo humanizado em instituições públicas. A partir de uma denúncia, descreverei como se formou um movimento de mães (e pais) denunciantes, a tensão que este criou dentro do movimento carioca pela humanização e como as ativistas responderam a esses casos. Centrando minha análise na noção de protagonismo da mulher – fundamental para o movimento pela humanização – meu objetivo aqui é mostrar a necessidade de um deslocamento da forma como deve se dar o processo de empoderamento, que leva ao protagonismo, quando o projeto de parto humanizado passa de uma busca pessoal para uma política pública. Dentro do movimento a ênfase é de que a busca por informações deve partir da mulher: tal ênfase pode ser bem eficiente para buscas individuais e dentro do sistema de saúde particular, mas deve-se ter cuidado ao transpô-la para o sistema público de saúde. Nesse caso o protagonismo e o empoderamento informado da mulher não pode ser esperado como dado previamente ou responsabilidade de contextos outros, mas sim elemento fundamental de uma política de humanização.

Palavras-chave: humanização; políticas públicas; protagonismo; parto; ativismo.

¹ Mestre em Antropologia e Doutoranda em Antropologia no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói, RJ, Brasil. E-mail: sarasousa.me@gmail.com

ABSTRACT: *In this article I will analyze, from denouncement made to the Municipal Maternity Hospital Maria Amelia, located in the city of Rio de Janeiro, possible dilemmas, paradoxes and challenges of implementing humanized model in public institutions. From a denouncement, I will describe how it started a mothers (and fathers) movement, the tension this movement created within the Rio humanization movement's and how these activists reacted to these cases. Focusing my analysis on the notion of women's protagonism - vital to the humanization movement - my goal here is point the need of a change in the empowerment process, which leads to protagonism, when the birth's humanization project surpasses a personal project to become a public policy. The movement's emphasis is that women must engage on the search for information: such an emphasis can be very effective for individual projects and within the private health system, but it cannot be merely transposed into the public health system . In this case the women's protagonism and empowerment through information cannot be expected as previously given or responsibility of other contexts, but a necessary element of a humanization policy.*

Keywords: *humanization; public policy; protagonism; child-birth; activism.*

1 INTRODUÇÃO

Neste artigo eu buscarei analisar, a partir das denúncias feitas ao Hospital Maternidade Municipal Maria Amélia, possíveis dilemas e paradoxos da implementação do modelo humanizado em instituições públicas. Descreverei como se formou um movimento de mães (e pais) denunciantes, a tensão que estas criaram dentro do movimento pela humanização carioca e como as ativistas responderam a esses casos, problematizando sobre o lugar do protagonismo da mulher nessa política pública de saúde.

2 A MATERNIDADE

Inaugurada em maio de 2012 o Hospital Municipal Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda², localizado no centro da cidade do Rio de Janeiro, veio a compor a rede municipal Cegonha Carioca, projeto alinhado ao programa federal Rede Cegonha³ que busca aprimoramentos na assistência ao parto. Com foco direcionado ao atendimento humanizado, a Maternidade conta com diversos procedimentos específicos dessa modalidade, privilegiando o parto normal e evitando procedimentos como a episiotomia⁴. Incentiva a presença de doulas⁵, e possui um sistema de doulas voluntárias caso a mulher não tenha contratado uma. Possui salas de parto equipadas com bola de pilates, cavalinho e chuveiro – equipamentos que permitem a mulher se exercitar para o avanço do trabalho de parto e para auxiliar no controle da dor. Ainda dentro dos preceitos da humanização abre espaço para a maior atuação de enfermeiras-obs-tetras, profissionais habilitadas a realizarem partos de baixo risco.

Desde sua inauguração vem sendo grandemente alardeada dentro do movimento pela humanização do parto. A existência de uma Maternidade pública atuando pelos preceitos da humanização apareceu como solução para duas questões difíceis dentro do movimento: a da elitização e altos custos de um parto humanizado e a da dificuldade de conseguir-lo através dos convênios de saúde. Assim rebatendo diversas críticas de longo prazo as ativistas puderam finalmente exaltar “No SUS também tem”⁶.

O fato de o sistema público de saúde estar incorporando a ideologia da humanização evidencia também um enorme ganho político para o movimento, sua força cada vez maior dentro do Minis-

² Referido daqui por diante no texto como Maria Amélia ou, simplesmente, Maternidade.

³ “A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada [sic] para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)” Fonte: folder do Ministério da Saúde.

⁴ Corte realizado no períneo para aumentar a passagem para o bebê.

⁵ Acompanhantes de gestante, que possuem a função de dar apoio físico e emocional à mulher, antes, durante e depois do parto.

⁶ Já existia uma casa de parto pública na cidade, porém sem ser capaz de dar conta da demanda.

tério da Saúde e a sua conseqüente potencialidade para influenciar políticas públicas, trabalho de mais de duas décadas da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA).

Durante o 21º Encontro Nacional de Gestação e Parto Natural Conscientes, realizado no Rio de Janeiro em novembro de 2012 houve uma mesa com o tema “A nova geração de profissionais formados com a consciência da humanização do parto e do nascimento”, composta pelo então diretor da Maternidade e três de seus alunos, já formados e atuando na Maria Amélia, todos obstetras. Foi ressaltado o bom trabalho que eles estavam realizando naqueles então seis meses de atuação e nenhuma crítica foi feita. A Maternidade ia aparecendo como um o s em meio ora a má assistência ora a preç os abusivos e frequentemente ambos.

Nos grupos online que acompanhei durante a pesquisa passou a ser cada vez mais forte a frase “esqueça o seu plano de saúde, é praticamente impossível ter um bom parto pelo plano” e indicações de que as cariocas que não se dispusessem/pudessem pagar um parto particular buscassem a Maria Amélia. E não apenas as cariocas, mulheres da região metropolitana e cidades adjacentes não tão próximas, como Maric , têm tambm a consideram como a melhor possibilidade para terem seus filhos, se organizando através da hospedagem com parentes ou amigos, para ficar mais próximo da Maternidade assim que os primeiros sinais do trabalho de parto se iniciam.

3 A HISTÓRIA DE NATÁLIA

Não são apenas ativistas ou mulheres que buscam um parto humanizado que vão parir na Maria Amélia, mulheres são direcionadas para lá pelos médicos com quem fizeram seus pré-natais, sejam pelo plano de saúde sejam do posto de saúde de suas localidades. Assim foi o caso de Natália, que recebeu a indicação na clínica onde fez seu pré-natal, que disse se tratar de uma Maternidade de referência e humanizada.

Abordo a denúncia de Natália aqui com muito cuidado, destacando que não   da minha alçada como antropóloga averiguar se houve ou não negligência médica, se era realmente possível que hou-

vesse um desfecho diferente. Natália acredita que sim, as ativistas dizem que é necessário averiguar e meu interesse aqui é analisar como os preceitos da humanização, tão caros as ativistas, podem estar sendo implementados de uma forma que fere um princípio fundamental da ideologia, o protagonismo da mulher.

Mas vamos por partes, contarei a história de Natália buscando analisar como determinadas queixas de maus tratos que ela destaca são princípios caros à humanização, como outras ferem os princípios dessa, o que esse caso particular desencadeou e qual foi a resposta do movimento pela humanização do parto. Seu relato é escrito em duas partes, a primeira é no dia 6 de outubro, quatro dias depois do início de seu trabalho de parto (ocorrido entre os dias 2 e 6 de outubro de 2013) quando ela já esta de volta a sua casa e a segunda parte é adicionada na manhã do dia 7.

O relato de Natália – primeira gestação, 40 semanas e três dias – se inicia na manhã do dia 2, quando ela percebe a perda de líquido amniótico e sangue, procura a clínica de seu pré-natal que diz que ela deve ir imediatamente para a Maternidade. Chegando lá relata demora de três horas para ser atendida e que presenciou outra mulher na sala de espera em franco trabalho de parto. Já é o início da noite quando a médica enfim a atende, faz o exame de toque constatando apenas 1,5cm de dilatação, pede que ela volte para casa e só retorne quando a bolsa romper a ponto de não ser possível conter o líquido com uma toalha ou caso houvesse muita perda de sangue.

Ela passa o dia seguinte em casa com muitas dores, retornando a Maternidade à noite, quando marido retorna do trabalho. Relata contrações de cinco em cinco minutos. Quando é feito o exame de toque ela novamente se encontra com apenas 1,5cm de dilatação. Pede que a enfermeira a ajude, esperando que seja ministrado algum medicamento que acelerasse a evolução da dilatação, recebendo a indicação de que andasse para aumentá-la. Apesar de estar com muitas dores e se sentir incapaz de andar ela relata ter perambulado pelo hospital, aos prantos, até que 40 minutos depois sentiu líquido e sangue escorrendo pelas pernas.

“Sei que la pelas tantas apareceu a médica, mostrei minha bolsa estourada, [...] me deu o toque com agressividade, doeu, gritei, para minha surpresa ela disse. Vc não esta em trabalho de parto, esta com dilatação de 1,5cm para 2,0cm, eu e meu marido ficamos perplexos. Eu disse “mas o que ta havendo pq estou com estas dores então???” ela me olhou com cara de deboche, vi na cara dela que queria dizer “pq é frouxa”, eu disse: “o que vai fazer?” ela: “vou interna-la, mas só pq esta com bolsa rota, pq aqui ninguém interna com 1,5 cm de dilatação”⁷

Outras denúncias indicam o mesmo ponto, a demora a dar entrada na internação. Como a própria médica disse, ninguém ali é internada com pouca dilatação, sendo o ideal a dilatação com mais de 5cm, que indica a fase ativa do trabalho de parto. Dentro do movimento pela humanização recomenda-se como fundamental para conseguir um parto normal que se espere até esse ponto para dar entrada no hospital, doulas são indicadas para acompanharem a mulher em sua própria casa desde os primeiros sinais de trabalho de parto e para ajuda-las a perceber o momento certo de ir para o hospital. É alegado que os hospitais não costumam respeitar o tempo necessário para o trabalho de parto e ser internada muito cedo pode se converter em argumento para a realização de uma cesárea devido a trabalho de parto prolongado, novamente, o que segundo elas seria uma indicação falsa, uma vez que pouco tempo seria esperado antes de se declarar um trabalho de parto prolongado, em torno de apenas 12 horas. Ou seja, o procedimento da Maternidade é, dentro de situações normais, realizar a internação apenas na fase ativa do trabalho de parto. Como vimos Natalia apresentou os primeiros sinais de trabalho de parto havia 36hrs, neste ponto do relato em que estamos. Muito provavelmente em outra Maternidade (e principalmente em uma Maternidade particular) ela já haveria sido encaminhada para uma cesárea. Podemos ver que Natália compartilha dessa opinião:

“[...] cheguei pedindo remédio, anestesia, cesárea, expliquei pela mi-

⁷ Optei por manter o texto e a grafia tal como o do relato original publicado nas redes sociais.

lésima vez que meu bebe era de gravidez prolongada, 40 sem e 3 dias, (ele já tinha mais 1 dia pois já eram 02 da manha de sexta-feira), expliquei o tempo que tava sentindo dores e que me minha bolsa estava rompida, disse que era minha primeira gestação e que meu bebe era grande, repeti varias vezes essa história, me encaminharam ate a sala de parto e disseram que não podiam me dar anestesia nem remédio algum eu estava com 2cm de dilatação que isso não era trabalho de parto, eu falei: “Meu Deus” claro que é eu to sentindo dores horripáveis, minha bolsa ta rompida meu bebe ta exposto, isso não é normal” ela disse “é normal sim, tem mães que levam dias em trabalho de parto, principalmente no seu caso que é primeira gestação” eu disse: “dias???? Pelo amor de Deus tenha piedade eu não posso passar dias assim, me ajudem, façam uma cesárea, me deem uma injeção para acelerar a contração e eu chegar a 10”, ela disse: “aqui a gente não faz esse procedimento, aqui o parto é *humanizado*”, eu disse: “eu preciso de ajuda, já estou sem forças”, ela: “ai no quarto tem bola, chuveiro quente, cavalinho, banco, fique ai, exercite-se, para sua dilatação ocorrer”, já eram mais de 2 da manhã.”

Para as ativistas e médicos alinhados à humanização considerar que uma gravidez está prolongada as 40 semanas é apenas mais uma desculpa para a realização de uma cesárea, alegando que o tempo de gestação pode chegar sem problemas graves até as 42 semanas. Ou seja, dentro dos paradigmas da humanização a alegação de Natália de que sua gestação seria prolongada não cabe. A médica também parece acreditar que as dores que Natália alega estar sentindo não seriam fortes o bastante, uma vez que ela ainda não estava em trabalho de parto avançado. No prontuário médico disponibilizado nas redes sociais por Natália é apontando em pelo menos três momentos que a parturiente estava cansada, chorando e com dores. Natália interpretou que a equipe médica viu o seu sofrimento e não fez nada para minimiza-lo, enquanto a equipe indicou os equipamentos para que ela se exercitasse e acelerasse a dilatação, bem como o chuveiro quente para amenizar as dores, afirmando que era assim com todas as mulheres.

Após 5 horas embaixo do chuveiro em temperatura bem quente – pois, segundo ela, preferiu ficar com as costas queimadas pela alta temperatura, pois esta dor seria preferível e a distrairia da do trabalho de parto – já é a manhã do dia 4 e ela interpela novamente a equipe médica pedindo que algo seja feito, relata que a olharam com ar de deboche, a mandando de volta para o chuveiro para aguardar a dilatação, que nesse momento estava em 3cm. Envia um psicólogo para conversar com ela, que a pede para ser forte, pensar que seu filho logo virá e faz uma curta massagem em sua lombar. Ela relata que perdeu os sentidos e quando os retomou o psicólogo já havia partido, de forma que não é possível sabermos qual foi o caráter de sua abordagem, a não ser que parece não ter tido muito efeito sobre ela. O marido que a havia acompanhado até então tem que ir trabalhar e a sogra passa a acompanhá-la. Pede novamente por uma cesárea e diz que irá procurar outra Maternidade, lhe respondem que não realizarão a cesárea a pedido, pois ali se faz partos humanizados, mas que ela pode procurar outra instituição caso deseje. No prontuário médico diz que nesse momento ela foi orientada sobre a dinâmica do trabalho de parto, segundo o relato dela essa orientação parece ter se resumido a afirmação “aqui é humanizado”.

Das sete da manhã ao meio dia ela segue embaixo do chuveiro, quase não conseguindo ficar em pé, no que descreveu como uma sessão de tortura, auscultam os batimentos cardíacos do bebê e lhe dizem que ele estava bem, um novo exame de toque mostra que a dilatação progrediu para 6 cm. Ela é anestesiada e descansa por meia hora. A médica volta, senta-se a sua cabeceira e lhe diz que é a hora, que ela deve fazer força, pois já está com dilatação total.

“ [...] fazia força e nada, fazia mais e nada [...] Depois de mto sofrimento, tentativas e mta força consegui fazer com que meu filho chegasse na entrada da minha vagina, mas eu já tava mto debilitada e ele mais ainda, ficou ali na entrada da minha vagina por mto tempo, elas falavam bota a mão na sua vagina ira senti-lo, e fazia carinho em sua cabeça e dizia “sai filho, ajuda mamãe, sai, por favor” não entendia pq todas as crianças saiam e a minha não, pedi para me

cortarem para ajudar meu bebe, se recusavam, o tempo todo dizendo que ali o parto era humanizado.

Já sem efeito da anestesia, meu bebe coroadado, sem forças mais nenhuma nem eu nem ele, eu quase perdendo os sentidos e cheia de fezes, veio um monte de pessoas, a sala ficou lotada, falavam faz força, força, força, falta pouco e eu novamente tentava em vão, até que saiu uma moça dentre todas que estavam la, subiu em cima de mim empurrou minha barriga com mta forma, dei um grito que acho que foi capaz de ouvir fora do hospital, meu bebe não saiu. Ela veio novamente, subiu em mim e fez uma força maior ainda, finalmente meu bebe saiu, apesar dele ter me rasgado toda, eram 13:45h.”

Se o que Natália descreve durante o trabalho de parto como tortura e negligência médica pode ser pensado como plenamente coerente com os procedimentos adotados em partos humanizados – com diversas ressalvas que serão problematizadas posteriormente – essa descrição do momento do parto não deixa dúvidas quanto aos elementos que as ativistas buscam combater enquanto violência obstétrica⁸. Começando com práticas questionadas pelo modelo da Medicina Baseada em Evidencias (MBE)⁹ Natália descreve o pedido para que ela faça força, apontado por Melania Amorim¹⁰, obstetra muito atuante e referenciada pelas ativistas, como uma técnica utilizada em partos que não possui evidencia científica para sua prática e que pode ser deletéria, uma vez que deixa a mãe exausta e incapaz

⁸ “Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres.” Definição baseada na legislação venezuelana e argentina, retirada do panfleto de uma campanha de conscientização, realizada pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Diversas intervenções médicas podem ser enquadradas nessa categoria.

⁹ “MBE se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica. Na MBE, as dúvidas que surgem ao resolver problemas de pacientes são os principais estímulos para que se procure atualizar os conhecimentos.” (LOPES, 2000, p.285)

¹⁰ Na palestra que proferiu no Instituto Fernandes Figueira, intitulada Assistência ao parto baseada em evidencias, em setembro de 2012.

de continuar. Segundo Amorim a força nunca deve ser dirigida, mas sim feita no momento em que a mulher sente o ímpeto de empurrar.

Se essa prática pode ser um tanto ambígua em sua denominação como violência obstétrica, podendo ser pensada por olhos benevolentes como uma forma de assistência desatualizada, a segunda não deixa dúvidas. O que Natália descreve como uma moça subindo em sua barriga é chamado de manobra Kristeller e é uma das práticas frequentemente destacada quando ativistas listam práticas cotidianas de violência obstétrica. Tal procedimento pode acarretar diversos efeitos deletérios, tais como o dano no períneo, destacado por Natália, hematomas e mesmo costelas quebradas.

Nem o relato de Natália nem as partes do prontuário médico divulgadas por ela deixam claro se no momento final do trabalho de parto o bebê havia entrado em sofrimento fetal, mas a descrição dela de sala ter se enchido de pessoas e de uma certa inquietação da equipe para finalizar logo o nascimento – culminando na manobra Kristeller – pode indicar que algo de anormal estava acontecendo. O bebê nasce desfalecido e imerso em mecônio – segundo as ativistas a presença de mecônio em si não é perigosa, o sendo caso o bebê o aspire. Ela é medicada para o estancamento de hemorragia e tem o períneo suturado com anestesia local. Ela pergunta e ninguém lhe informa o estado de saúde do filho, somente 4 horas depois o marido recebe a informação de que o bebê está no CTI. Neste ponto cessa o relato escrito no dia 6 de outubro. Pela manhã do dia seguinte ela recebe a notícia de que o filho está morto.

Natália vai ao Maria Amélia buscar seu prontuário, ao ser informada que o diretor o levou para a casa tem um ataque de fúria e com uma chave de roda quebra equipamentos da recepção e o vidro da porta de entrada da Maternidade, o vídeo da cena é postado no *YouTube* e todos os seus comentadores são unânimes em solidarizar-se com a sua dor de mãe que perdeu um filho e mesmo em afirmar que no lugar dela fariam o mesmo, ou pior.

O caso é noticiado bem como a sua história, o depoimento escrito por ela no Facebook é largamente compartilhado e ela entra em contato com outras quatro mães que perderam seus bebês no Maria

Amélia, com menos detalhes as histórias dessas mães também são publicizadas e são semelhantes a de Natália. Elas organizam um ato em frente à Maternidade, com a presença da imprensa. Com pequenos caixões brancos, falam que as mães e os bebês foram ali torturados e mortos. Saem diversas matérias na imprensa noticiando o caso, questionando os procedimentos adotados pela Maternidade e afirmando que seriam práticas que forçariam o parto normal. Elas chamam a Maternidade de matadouro e pedem seu fechamento imediato.

4 O POSICIONAMENTO DAS ATIVISTAS PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

No dia 19 de outubro, poucos dias depois das denúncias de Natália e de diversas matérias sobre o caso terem saído na mídia, as ativistas se manifestaram através da organização da 2^o Marcha pela Humanização do Parto¹¹. Não foram apenas as denúncias do Rio de Janeiro que agiram como estopim para essa organização: em São Paulo profissionais alinhados a humanização estavam enfrentando represálias nas instituições em que atuavam. Assim as marchas organizadas em diversas cidades nessa edição mantiveram a motivação das primeiras: a defesa dos profissionais e instituições ligados à humanização do parto, com ênfase nos contextos locais.

A marcha no Rio de Janeiro foi realizada em frente à Maternidade Maria Amélia, em uma manhã ensolarada de sábado, enquanto um ato parado e silencioso, dado a sua localização. Vestindo camisetas estampadas para a ocasião, se reuniram profissionais que atuam na assistência a partos; mulheres que tiveram seus filhos no Maria Amélia; mães ativistas pelo parto, como seus filhos pequenos e seus companheiros; grávidas em diversos estágios de gestação, muitas com as grandes barrigas desnudas e pintadas com desenhos representando o bebê dentro delas; dentre elas diversas contando com a assistência da Maternidade em questão para conseguirem seus desejados partos.

Camisetas, cartazes, faixas e corpos eram telas para as de-

¹¹ Para uma descrição da primeira marcha, bem como a Marcha do Parto em Casa, primeira manifestação do tipo organizada, ver Mendonça (2013).

mandas por uma melhor assistência. Em resposta aos tons alarmistas das matérias de jornal diziam “Querem enganar as mulheres: uma cesárea eletiva é 3,5 mais perigosa do que um parto normal”. Além da defesa da Maternidade alvo de denúncias, crianças com camisas com os dizeres “Eu nasci em casa” marcavam que não se tratava apenas de defender a Maria Amélia, mas sim destacar todos os valores caros a humanização, dentro do qual o trabalho desenvolvido ali fazia parte. Lembrar o nascimento domiciliar também é dizer “bom, estamos defendendo a Maria Amélia, mas ainda assim é um hospital, ainda esta contaminado com toda a lógica hospitalar”, enfatizar a casa como local ideal de nascimento é marcá-la enquanto antítese ao hospital e ao poder médico, que em última instância não poderia nunca abarcar plenamente um projeto de humanização tal como o desejado por setores do movimento.

Dentro da Marcha em si duas ações foram realizadas em apoio à Maternidade. Foi organizado um arquivo com relatos de parto realizados no Maria Amélia nos anos de 2012 e 2013, retirados com autorização das famílias de sites vinculados ao movimento pela humanização, com o objetivo de evidenciar o bom trabalho que era ali feito. Esses relatos também foram impressos e colados lado a lado em um grande cartaz.

A segunda ação envolveu o ato e também a divulgação do posicionamento das ativistas em relação às denúncias, através de uma carta aberta, direcionada “à população, ao CREMERJ e à imprensa”, que foi lida na ocasião na presença da diretora da Maternidade a quem também foi entregue um arquivo com os relatos de parto, que entre lágrimas agradeceu ao apoio manifestado ao trabalho que tanto se esforça por desenvolver.

A carta visava expressar o repúdio das ativistas às notícias que vinham sendo vinculadas, segundo elas, de forma distorcida, pois apontariam que a casa da morte dos bebês teria sido o parto normal, afirmando que tal posicionamento vem de setores que desconhecem a realidade obstétrica nacional, as evidências científicas que dão suporte ao parto normal em detrimento da cesárea e que estão na contramão das diretrizes do Ministério da Saúde e da política nacional de humanização da saúde.

Se solidarizando com a dor das famílias que perderam seus filhos ali, dizendo que não conseguem imaginar dor maior e que apoiam as investigações para indicar as causas dos óbitos, passam a contrapor as falas públicas que teriam indicado que a Maternidade forçaria o parto normal e de que o longo trabalho de parto teria sido a causa das mortes. Afirmam que “Não é o fato de um trabalho de parto durar 12, 20 ou 70 horas que vai determinar se o bebê virá a óbito ao final do mesmo.”.

Além de apontar para que as causas das mortes devem ser investigadas sem a busca de um vilão – que seria o parto normal – buscam também contextualizar as taxas de óbito, em outros momentos foi destacado que a Maria Amélia possui uma das melhores taxas do Estado:

“Lembramos ainda que já foram realizados mais de 3.000 partos nesta Maternidade neste semestre e que essas mortes aconteceram ao longo do ano inteiro e *nenhuma maternidade tem taxa de mortalidade zero*. Toda vida é preciosa, e não dizemos que as mortes não tiveram importância, porém é necessário encaixar estes números no contexto correto!”

Afirmação que busca responder a reivindicação de Natália e do grupo Mães de Luto, constituído por ela, de que a Maternidade seria uma matadouro e deveria ser imediatamente fechada.

Ao final da carta a solidariedade para com as famílias é reiterada e são exigidas investigações das causas das mortes bem como das demais queixas de maus tratos “ocorridas no âmbito desta Maternidade e de *todas as outras da rede de saúde do estado do rio de janeiro*”, o destaque as outras instituições evidenciando a noção de que tem coisas muito piores ocorrendo em outros locais e sem o interesse tanto da mídia como do CREMERJ de averiguar.

Passados alguns meses desses acontecimentos a Maria Amélia continua sendo indicada a mulheres que buscam apoio nos grupos de gestantes ligados a humanização. Em uma situação que pude presenciar, já em março de 2014, uma das mulheres presentes manifestou receios, disse ter ficado assustada ao ver a quantidade de infor-

mações negativas vinculadas a Maternidade, encontradas em uma simples busca no Google. Uma das presentes e a responsável pela sessão daquele dia argumentaram que as queixas vinham de pessoas não ligadas ao movimento pela humanização, que chegavam lá pedindo *sorinho*¹² e cesárea e se decepcionavam com o atendimento.

Nesse mesmo dia houve uma roda onde cinco casais contaram como foram seus partos, três dos quais haviam sido no Maria Amélia. Um deles me chamou particularmente a atenção pela ênfase dada pela mulher em ter tido sorte de dar a entrada no plantão de uma médica muito querida pelas ativistas, a quem se referiu como a “aparição de um anjo”. Outro obstetra-anjo foi levemente criticado por outra mulher, que o considerou alarmista quando ela relatou a presença de mecônio no líquido amniótico, por telefone. Sinalizo essa terminologia com a preocupação em relação ao caráter pessoalizado das ativistas para com alguns profissionais e a dificuldade de isso ser traduzido em uma boa assistência ampla, afinal toda uma Maternidade não pode se sustentar sobre as asas de poucos anjos, e nem mesmo estes podem ser sempre tão celestiais.

Importante ainda destacar que a Maria Amélia continua sendo indicada para aquelas que buscam um projeto de humanização mais, digamos, leve. Como dito na descrição da Marcha, há uma desconfiança de toda a instituição médica e na capacidade de ela se desvincular do modelo tecnocrático (a ser abordado no tópico seguinte). Assim, o parto domiciliar aparece como recomendação para aquelas que buscam uma radicalização do projeto e será recomendado dentro dos grupos de gestantes para as que manifestarem inclinações e desejos nesse sentido.

5 PROTAGONISMO DA MULHER: DA BUSCA INDIVIDUAL À POLÍTICA PÚBLICA

Durante a referida marcha havia uma grande faixa com os dizeres “Em defesa do protagonismo da mulher”, um dos pilares fundamentais do movimento pela humanização, tal como elenca Jones,

¹² Indução do parto por ocitocina sintética, visto como uma intervenção desnecessária a princípio e enquadrada como violência obstétrica quando não tendo real indicação na MBE.

obstetra sulista de influência dentro do movimento:

“Assim sendo, minha opinião é de que o movimento de humanização do nascimento se assenta sobre um tripé conceitual, que se constitui dos seguintes elementos:

O protagonismo restituído à mulher, sem o qual estaremos apenas ‘sofisticando a tutela’, imposta milenarmente pelo patriarcado.

Uma visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de ‘processo biológico’, e alçando-o ao patamar de ‘evento humano’, onde os aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados, e suas específicas necessidades atendidas.

Uma vinculação visceral com a Medicina Baseada em Evidências, deixando claro que o movimento de ‘Humanização do Nascimento’, que hoje em dia se espalha pelo mundo inteiro, funciona sob o ‘Império da Razão’, e não é movido por crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos.”¹³

Meu ponto nessa parte do texto se aproxima e difere da abordagem das ativistas: pode haver protagonismo sem informação? Concordamos que não, porém meu objetivo aqui é mostrar a necessidade de um deslocamento da forma como deve se dar esse processo de informação quando o projeto de parto humanizado passa de uma busca pessoal para uma política pública.

Dentre as ativistas é um ponto central que para ser bem sucedida na busca pelo seu parto a mulher deve se informar. Deve estudar sobre parto e sua fisiologia de forma a poder dialogar com a equipe médica e ter *empoderamento* para se contrapor a ela em caso de contradição entre a sua vontade – embasada no acúmulo de informações de qualidade – e a opinião do médico. Deve se informar também dentro de grupos de apoios a gestantes humanizados a respeito das melhores equipes e melhores locais para ter um parto condizente com as demandas da humanização. Dentro do movimento a ênfase é de que a busca por informações deve partir da mulher, fazendo parte

¹³ Retirado do blog *Orelhas de vidro*, de autoria do obstetra.

do seu processo de *empoderamento*, sendo frequente que as ativistas consolem e recomendem outras ativistas desiludidas por não terem sido capaz aconselhar apropriadamente uma gestante em favor do parto humanizado dizendo “*Não adianta forçar, a porta só abre por dentro*”, ou seja, não cabe uma postura de pregação e convencimento, pois depende da própria mulher se empoderar e desejar um parto humanizado. Assim o papel das ativistas deveria ser o de mostrar que existe outra possibilidade, mas sabendo que caberá a mulher segui-la ou não, indicando locais – como sites e grupos de gestantes – onde ela deverá buscar as informações necessárias.

Tal ênfase pode ser bem eficiente para buscas individuais e dentro do sistema de saúde particular, mas deve se ter cuidado ao transpô-la para o sistema público de saúde. Uma Maternidade com projetos de humanização deve ser organizada a ponto de dar conta tanto da demanda de usuárias informadas por contextos de ativismo pelo parto como das que não o são. Nesse caso o protagonismo e o empoderamento informado da mulher não pode ser esperado como dado previamente ou responsabilidade de contextos outros, mas sim elemento fundamental de uma política de humanização.

Retomo novamente o caso de Natália que me parece exemplar dessa falha informacional, não abordada aqui enquanto uma falha pessoal dela, mas sim de todas as instituições pelas quais ela passou, da clínica onde fez seu pré-natal até a Maria Amélia. Como já vimos uma parte considerável dos elementos que negativavam o atendimento na Maria Amélia do relato de Natália eram procedimentos positivados dentro do modelo humanizado e que se contrapõem aos do modelo tecnocrático, as próprias ativistas apontam que as críticas a esta Maternidade vem de “*gente de fora*” do movimento.

É necessário retornar um ponto e olharmos para os modelos de assistência concorrentes pelo saber obstétrico, pois será a partir de identificações com um ou outro modelo que procedimentos serão positivados ou negativados.

Penso o debate médico em torno da questão a partir do conceito de campo de Bourdieu, onde os grupos disputam, buscando a posição de domínio, ou, nas palavras do autor: “um espaço - o que eu

chamaria de campo - no interior do qual há uma luta pela imposição da definição do jogo e dos trunfos necessários para dominar nesse jogo.” (Bourdieu, 1990, p.119). Pois, como bem aponta Bruno Latour, “a atividade científica não se trata da ‘natureza’, ela é uma luta renhida para construir a realidade.” (Latour, 1997, p.278). O trabalho de campo deste autor, em um laboratório científico, nos mostra que, apesar de a ciência referir a si própria como estudando coisas da natureza, ou seja, coisas que estariam lá, dadas, apenas esperando que os cientistas as desvendassem, ela na realidade atua enquanto construtora desta realidade, a elaborando passo a passo, com testes e experimentos, e posteriormente apagando este caminho para inserir seus resultados na esfera da natureza.

É da medicina que provém um dos discursos mais poderosos sobre o corpo. Como afirma Foucault (2002), o poder está atrelado à produção, acumulação, circulação e funcionamento de discursos de verdade, que operam não pelo mecanismo da lei, mas sim pelo da normalização. O que está em disputa, portanto, neste campo é qual discurso de verdade prevalecerá, sendo importante observar que ambos os lados se valem de discursos e ideais da medicina, como a diminuição da dor e a preservação da vida, para legitimar suas posições.

No debate presente no campo obstétrico a respeito de qual seria a melhor forma de parto os dois principais grupos que se opõem se filiam a um dos dois modelos de assistência nomeados por Davies-Floyd (2003): o modelo tecnocrático e o modelo humanizado.

Segundo esta autora o modelo tecnocrático implica o uso de uma ideologia do progresso tecnológico como busca para poder político, sendo composto, portanto não apenas pela dimensão tecnológica, mas também pelas dimensões hierárquicas, burocráticas e autocráticas. Este seria o modelo da medicina ocidental moderna, que enfatiza a separação entre corpo e mente e elege a máquina como modelo de funcionamento para o corpo, este sendo assim visto como objeto, promovendo a alienação entre médico e paciente e o largo uso de intervenções, com o objetivo de corrigir disfunções e curar doenças (de fora para dentro). Neste paradigma encontra-se a valorização da ciência e da tecnologia, com a organização hierárquica e padroni-

zada do atendimento e a intolerância para com outras modalidades.

O modelo humanizado de assistência seria o modelo intermediário entre o modelo tecnocrático e o holístico. O modelo holístico veria o corpo como um “campo energético”, onde intervenções em nível energético e emocional seriam mais efetivas do que as intervenções tecnológicas. Este modelo não possui grande representatividade para o debate em questão, onde os lados que se opõem se filiam principalmente aos modelos tecnocrático e humanizado.

Os humanistas, ocupando uma posição intermediária entre estes dois modelos, veem o corpo enquanto “organismo” e enfatizam o paciente enquanto sujeito relacional:

“Esses profissionais supervalorizam a conexão e o afeto entre médico e paciente como elementos essenciais de qualquer tipo de cuidado médico, incluindo-se aí o nascimento. Os humanistas fazem, sim, intervenções tecnológicas, mas tentam minimizar seus efeitos potencialmente alienantes com amor, tato, carinho e compaixão, mantendo sempre uma atitude de respeito pela individualidade, pelos desejos, vontades e escolhas de seus pacientes.” (Davis-Floyd, 2012, p.22)

Os discursos médicos aqui abordados possuem em seu fundo o debate sobre a definição do corpo. Visto enquanto natureza por ambos os lados, o que se coloca em questão é como lidar com esta natureza. Seria esse corpo mais uma parte da natureza que o homem deve dominar e controlar através da técnica, ou seria ele um mecanismo tão perfeitamente projetado por ela, que a melhor forma de lidar com ele é deixando-o atuar livremente, de acordo com a sua sabedoria ancestral?

A busca pelo discurso de verdade dominante encontra-se dentro da disputa colocada no campo médico, onde aquele que o possuir irá aumentar o seu poder social, como podemos depreender da citação de Bourdieu abaixo:

“O campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente

nessa luta é o monopólio da *autoridade científica* definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da *competência científica*, compreendida enquanto capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado.” (Bourdieu, 1990, pp.122-123)

Sobre essa questão de como um discurso de verdade legítima e empodera uma prática podemos traçar um paralelo com a abordagem feita por Lévi-Strauss a respeito do xamanismo e da figura do feiticeiro em *O feiticeiro e sua magia*:

“Portanto, não há porque duvidar da eficácia de certas práticas mágicas. Porém, ao mesmo tempo, percebe-se que a eficácia da magia implica a crença na magia, que se apresenta sob três aspectos complementares: primeiro, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; depois, a doente de que ele trata ou a vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; e, por fim, a confiança e as exigências da opinião coletiva [...]”. (Lévi-Strauss, 2008, p.182).

Guardadas as diferenças destacadas pelo próprio autor por estar abordando principalmente a cura de males de origem psicológica esta passagem nos mostra o quão importante é para o processo de cura e atendimentos relacionados à saúde a legitimação social conferida à técnica empregada, que desempenhará grande papel na crença dos agentes envolvidos em sua eficácia.

Esse é o ponto fundamental para se pensar as avaliações que consideraram um atendimento bom ou mau: não são apenas médicos e profissionais da saúde que se filiam e se opõem a cada um desses modelos, mas também as mulheres que terão seus partos dentro de uma ou outra forma de assistência. Elas são receptoras desses discursos médicos e da forma como eles estão presentes na sociedade, assim possuem noções claras do que consideram um bom e um mau atendimento. A crença no feiticeiro e sua magia/técnica permanecem fundamentais, senão para a cura ao menos para a satisfação obtida no atendimento.

Que crença poderia ter Natália nos “feiticeiros” que a atenderam quando toda a noção de bom atendimento que ela possuía era tecnocrática? Quando o que ela demandava a toda momento era intervenções para auxiliá-la a parir e se sentia violentada por não recebê-las, quando dentro do modelo humanizado essas intervenções é que seriam violentas? Principalmente, quando ela não fazia a menor ideia do que o termo humanizado significava e nunca obtinha uma resposta satisfatória sobre suas implicações? Em um contexto como este me parece que a única possibilidade de protagonismo foi a resposta dada por Natália, em forma de revolta.

Cerca de um mês depois da Marcha, Natália publicou em sua página pessoal do Facebook um texto destinado as ativistas, no qual busca esclarecer que as acusações de que ela estaria culpando o parto humanizado pela morte de seu filho:

“Até o dia do meu parto, eu *nunca, definitivamente nunca*, havia falar em parto humanizado e até hoje não sei exatamente o que significa, nem vou me atrever a chutar para não ser taxada mais uma vez como ignorante e mais uma vez o foco, que é a morte do meu filho, ser mudado. Bem, só conheço 2 tipos de partos: *normal* (pela vagina) e *cesárea* (através de cirurgia), lá na Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, no decorrer do meu trágico parto, respondiam aos meus infinitos clamores por qualquer tipo de ajuda para que eu e meu bebê paremos de sofrer, e para todos os pedidos, de socorros respondiam: “*não é possível, aqui o parto é humanizado*” eu perguntava: “o que isso significa?” Eles respondiam: “parto normal”, e eu perguntava: “mas e se eu for diferente, se comigo não for possível, se meu corpo não conseguir gerar uma criança de parto normal?”, elas respondiam: “você vai conseguir, todas conseguem, pq só vc vai ser “diferente”, vai sair daqui com seu filho, feliz e ainda vai nos agradecer?” ”

Em seu relato de parto Natália alega ter passado toda a gestação se preparando para esse momento, lendo matérias e vendo vídeos de partos, o fato de apesar dessa preparação ela não ter se deparado

com o termo humanização indica uma busca relativamente às cegas. A clínica onde ela fez o seu pré-natal informou que a Maternidade era humanizada, porém sem dar maiores informações possivelmente ela apenas associou o termo a noção de ampla e positivada de humanidade, não se dando conta de se tratar de todo um modelo próprio de assistência. Também parece não ter sido indicado – ou enfatizada a importância – a ela que fosse no dia que a Maternidade reserva para que as interessadas possam conhecer a instituição, onde talvez ela obtivesse mais informações, mas ao se inferir pela postura da equipe médica que a atendeu – de justificar qualquer procedimento simplesmente afirmando que “é humanizado” – é provável que não receberia ali também informações em profundidade.

As fontes de preparação buscadas por ela também não são as melhores para informações mais completas, sendo interessantes como material de apoio para outras fontes. Matérias de jornais revistas em grande medida tendem para um viés tecnocrático e a maioria dos vídeos de parto, ao se concentrarem apenas nos minutos finais do período expulsivo, focam no nascimento, não dando conta da experiência completa de um parto. Com durações pequenas passam a errônea ideia de que partos são rápidos, não preparando as mulheres para toda a extensão do trabalho de parto, que pode durar dias, e não apenas para o período expulsivo. Como dito anteriormente, não creio ter sido essa uma falha pessoal de Natália, como é possível notar por sua história ela não parece ser um pessoa desengajada, penso que se ela não chegou as fontes adequadas foi porque lhe faltou orientação nesse sentido.

Do ponto de vista dos profissionais desta Maternidade, deve ser destacado que o material aqui analisado não abarca a perspectiva destes, bem como não foi possível ter acesso à forma como os procedimentos foram realizados, a não ser pelo viés de Natália. Porém breves sugestões que podem abrir caminhos para futuras investigações são possíveis. Como indicado na fala das ativistas, existem na Maternidade profissionais reconhecidos pelo movimento como humanizados, porém também falam da sorte que é encontrar um desses “anjos”, o que permite a suposição de que muitos dos profissionais dessa Maternidade possuem uma vinculação com a humanização muito mais pro-

tocolar – a obrigação de seguir os procedimentos da instituição – do que ideológica. Tal como abordei em meu trabalho anterior, médicos humanizados se referem a sua entrada nesse modelo como uma forma de conversão, onde devem se despir do que aprenderam em sua formação nas escolas de medicina, onde impera o modelo tecnocrático. Para os profissionais que não passaram por essa conversão é possível que a justificativa para os procedimentos aplicados pela Maternidade não passe também de um “aqui é humanizado”.

Em minha dissertação de mestrado (Mendonça, 2013) destaquei como desafios principais da humanização os seguintes pontos: os altos custos cobrados por médicos, o que não coaduna inclusive com a postura do próprio movimento de que para humanizar não é preciso muita coisa, não sendo uma questão de incremento tecnológico, mas sim de uma mudança na forma do atendimento; a lógica de mercado em que vem se baseando o movimento, onde médicos são prestadores de serviços e as usuárias são suas clientes, que difere da lógica dos serviços públicos em geral; a extensão de demandas próprias de alguns setores das camadas médias como normativas para as demais, como veremos a seguir com autoras que também apontam desafios da implementação do modelo humanizado em unidades de saúde pública.

Hotimsky e Alvarenga (2002) examinam as escolhas para o acompanhamento na hora do parto de mulheres de camadas médias e populares, encontrando entre as primeiras que o marido figura como principal, já entre as segundas prevalece a noção de parto enquanto um evento feminino, buscando o apoio de mulheres mais experientes, sejam elas familiares ou amigas e vizinhas. Ao elegerem o marido como acompanhante privilegiado, os profissionais humanizados da saúde não estariam levando em conta o universo simbólico de outros grupos sociais. Dessa forma, as autoras propõem uma reflexão a respeito de quando as diretrizes de humanização, ao serem pautadas pelo universo cultural das camadas médias, se tornam normativas, de forma a não abarcar a experiência de outras concepções de família, maternidade e paternidade existentes fora do ideário do casal grávido.

Tornquist (2003) aborda três momentos onde a aplicação de preceitos da humanização não estaria respeitando os direitos reprodu-

tivos destas mulheres. O primeiro seria a questão do acompanhante, abordada acima. Segundo seria a ausência de negociação da dor, uma vez dada a concepção de que a parturiente deveria lidar com esta dentro do ideário de controle das emoções, noção esta relacionada com o individualismo, valor positivado entre as camadas médias e altas da sociedade. E a terceira seria o incentivo à amamentação realizado de forma insistente e normativa, o que faria com que as mulheres que não conseguissem efetuar-lo se sentissem diminuídas e fracassadas.

Nesse momento indico como problema fundamental a questão do protagonismo da mulher e a noção de que ele deve ser alcançado através do empoderamento promovido pelo acúmulo de informações adquiridas em uma busca pessoal, noção de pessoa muito própria do universo das camadas médias urbanas e sob as quais um projeto de saúde amplo não pode estar ancorado.

Tendo em vista uma concepção onde os direitos reprodutivos devem ser respeitados e protegidos e não regulados e controlados é importante que ele além de se abrir e estender às diversas classes sociais o faça respeitando as concepções das mesmas, e não impondo padrões exteriores a estes grupos:

“Nossa perspectiva é a de que a humanização do parto e do nascimento se sustente na concepção multicultural de direitos humanos preconizada por Boaventura Santos, segundo o qual,

‘(...) Uma vez que todas as culturas tendem a distribuir pessoas e grupos de acordo com dois princípios concorrentes de igualdade e diferença, as pessoas e grupos sociais têm o direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza.’” (Hotimsky & Alvarenga, 2002)

Em consonância com as perspectivas expressas por essas autoras penso ser o dever da Antropologia, enquanto disciplina comprometida com a crítica social, abordar essas questões, problematizando elementos do universo estudado, no sentido de buscar a inclusão da multiplicidade de vozes e identidades nesse processo de

reformulação da assistência à saúde, estendendo o leque de possibilidades a todos os grupos sociais e permitindo que estes participem do processo de elaboração de uma assistência que atenda às suas particularidades, ao invés de terem simplesmente de incorporar procedimentos carregados de valores de outros grupos que se chocam com suas próprias concepções a respeito do que é família, ser mulher, e toda uma gramática das emoções (Mauss,1980).

REFERÊNCIAS

- BOURDIEU, P. *A dissolução do religioso e O campo intelectual: um mundo à parte*. In: Coisas Ditas. São Paulo, Brasiliense, 1990.
- DAVIS-FLOYD, R. Prefácio. In: JONES, R. H. *Memórias do homem de vidro: Reminiscências de um Obstetra Humanista*. São Paulo: Gama, 2004.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. de. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Revista de Estudos Feministas*, Vol.10 nº.2, pp.461-481, 2002.
- LATOUR, B.; WOOLGAR, S. *Vida de Laboratório: A produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1997.
- LÉVI-STRAUSS, C. *O feiticeiro e sua magia*. In: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia Estrutural*. São Paulo: Cosac Naify, 2008, pp.181-201.
- LOPES, A. A. medicina baseada em evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, Vol. 46, nº.3, pp.285-288, 2000.
- MAUSS, M. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: Figueira, S. (Org.). *Psicanálise e ciências sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980, pp.53-63.
- MENDONÇA, S. S. Mudando a forma de nascer: agência e construções de verdades entre ativistas pela humanização do parto. 2013. Dissertação (*Mestrado em Antropologia*), Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 159p.

ORELHAS DE VIDRO, blog de Ricardo Jones. *In*: <http://orelhasdevidro.blogspot.com.br/2012/12/os-humanismos.html>, acesso em 20 de maio de 2014.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.19, suplemento 2, pp.419-427, 2003.

Recebido em:01/06/2014

Aprovado em: 22/12/2014