



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS - GRADUAÇÃO - VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC**

**HUMANIZAÇÃO NO PARTO: O HOMEM NORDESTINO NO
NASCIMENTO DO FILHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE
FORTALEZA-CEARÁ**

ANTONIO EUSÉBIO TEIXEIRA ROCHA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marilyn K. Nations, Ph. D.

FORTALEZA - CE
2010



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS - GRADUAÇÃO - VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC**

**HUMANIZAÇÃO NO PARTO: O HOMEM NORDESTINO NO
NASCIMENTO DO FILHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE
FORTALEZA-CEARÁ**

ANTONIO EUSÉBIO TEIXEIRA ROCHA

**FORTALEZA - CE
2010**

ANTONIO EUSÉBIO TEIXEIRA ROCHA

**HUMANIZAÇÃO NO PARTO: O HOMEM NORDESTINO NO
NASCIMENTO DO FILHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE
FORTALEZA-CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Grupo de Pesquisa: Cultura e Humanização do Cuidado.

Linha de Pesquisa: Cultura e Humanização em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marilyn K. Nations, Ph. D.

FORTALEZA - CE
2010

R672h Rocha, Antonio Eusébio Teixeira.

Humanização no parto: o homem nordestino no nascimento do filho em um hospital público de Fortaleza-Ceará/Antonio Eusébio Teixeira Rocha.. - 2011. 110 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2011.
“Orientação: Profa. Marilyn K. Nations, PhD”.

1. Vantagem competitiva. 2. Competitividade – Indústria. I. Título

CDU 658.009.12:67

ANTONIO EUSÉBIO TEIXEIRA ROCHA

**HUMANIZAÇÃO NO PARTO: O HOMEM NORDESTINO NO NASCIMENTO DO
FILHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CEARÁ**

Esta Dissertação foi submetida a exame como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, outorgado pela Universidade de Fortaleza, e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta Dissertação é permitida, desde que seja feita de acordo com as normas da ética científica.

Antonio Eusébio Teixeira Rocha

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Marilyn Kay Nations – Orientadora
Professora of Medical Anthropology Faculty Research Associate
Docente Titular do Mestrado em Saúde Coletiva - UNIFOR

Profª Drª Arlene Michele Katz – 1ª Examinadora
Department of Global Health and Social Medicine (Harvard Medical School)

Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz – 2ª Examinador
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Rosendo Freitas de Amorim – Suplente
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Dissertação defendida e aprovada em 13/12/2010.

HOMEM, NÃO!!!

Quem é este homem
Que perdeu o seu papel tradicional
Que não sabe se luta ou aceitar é natural?
Quem é este homem
Que deixou de ser provedor
Que um dia já foi até protetor?
Quem é este homem
Que foi morar na cidade
Em troca da sua masculinidade?
Quem é este homem
Que perdeu o papel de ter e mandar
E até de sua família cuidar?
Quem é este homem
Que perdeu o seu poder
E ações de heroísmo não sabe fazer?
Quem é este homem
Que perdeu sua virilidade
Que não sabe lidar com a própria idade?
Quem é este homem
Que não sabe os sonhos cultivar
E não sabe como na família mandar?
Sou eu
O homem nordestino, cabra macho
Cabra da peste, cearense sim senhor.
Lutando pelo o meu espaço, meu papel
Que o tempo um dia levou
Sou eu
Lutando para viver uma aventura
Viver o parto do meu filho
Que participar me deixe na altura
Querendo só um abraço,
Um carinho, um colo, um cuidado,
E acima de tudo ser amado.

(Antonio Eusébio Teixeira Rocha)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar coragem para vencer os desafios da vida, sempre iluminando o caminho certo a seguir e fazendo-me acreditar que nada é impossível.

Aos meus pais que me fizeram vir ao mundo em um modelo de parto cultural e que sempre sonharam os meus sonhos, ajudando-me a realizá-los e nunca deixando faltar incentivo.

A minha companheira Simara que com empenho e dedicação me apoiou, sendo fiel companheira na busca por meus ideais profissionais.

Aos meus filhos Manuela e Eusébio Filho, que mesmo sentindo minha ausência foram fortes, amigos, carinhosos e companheiros, capazes de proporcionar sempre momentos de muita alegria. Obrigada pelo amor incondicional.

A minha orientadora Marilyn, uma pessoa amiga, sensível, especial por sua singularidade e inquestionável saber, que me recebeu de braços abertos, sem hesitar compartilhar sua experiência, através da humildade, incentivo e muita dedicação. Minha admiração sempre. Virei seu fã, seguidor e admirador eterno.

A minha equipe de trabalho, funcionários do Hospital Gonzaga Mota de Messejana, que estiveram disponíveis para ajudar e apoiar com alegria, com incansável dedicação e profissionalismo, além de aceitarem mais este desafio de incluir o pai no parto.

Um agradecimento muito especial aos meus colegas da quarta turma do Mestrado da UNIFOR que me ajudaram durante todas as atividades e também nesta pesquisa. Sem vocês não conseguiria esta conquista. Vocês formam o melhor grupo que participei.

Aos professores do Mestrado, em nome da Coordenadora Professora Doutora Raimunda Magalhães, e aos funcionários pelo convívio sempre muito amigável. A Cleide, Vitor e Widson pelo o total apoio.

Um agradecimento a minha parceira, durante os árduos desafios do mestrado, Kátia Machado, uma amizade que cresceu pela vontade de compreender a saúde de dentro para fora. Aprendemos juntos que amando o que fazemos é possível ver o outro lado do cuidar.

Aos companheiros que acreditaram neste projeto: Sílvio, Ineida, Milena, Marília, Cláudia, Jefferson, Erasmo, Annatália, Erisneuda, Marta, Gardênia, Manoel, Elaine, Sílvia, Cristiane, Andréa, Maxmiria, Vanessa, Ivana, Isolda, Arnaldo, Valdene, Glêdes, Beth, Messias, Lena, Alex e Adriana.

E, especialmente mesmo, a todos os pais pesquisados e que aceitaram a ideia de entrar na sala de parto, participar e posteriormente receberam-me em suas residências. Parabéns! Vocês foram meus heróis.

RESUMO

O presente trabalho aborda a Política Nacional de Humanização do parto em um hospital público, destacando a inclusão do homem com a intervenção “*Parto Que Te Quero Perto*”. Põe foco no papel do homem na hora do parto e as mudanças sociais importantes que institucionalizam a cultura hospitalar na condução do nascimento de uma criança. Objetiva-se investigar o impacto do parto humanizado com a participação do pai no parto e a vivência do homem nordestino durante o pré-natal, parto e pós-parto, observando estereotipagens e estigmas vivenciados com a “plasticidade dos preconceitos”, num hospital público em Fortaleza-Ceará-Brasil. Estudo qualitativo, etnográfico, teve como cenário o Hospital Gonzaga Mota de Messejana em Fortaleza-CE, como também visitas domiciliares. Os dados foram coletados a partir da observação participante - “*O Percurso do Parto*” - acompanhando dez casais “grávidos” durante toda a trajetória hospitalar, e das narrativas de informantes-chave: profissionais da saúde, funcionários do hospital e homens da comunidade. O período de coleta dos dados foi nos meses de janeiro a maio de 2010. Para a análise dos dados, empregou-se o método proposto por Bardin (2007). Comparando o impacto antes e depois da intervenção, detectou-se diferença no acesso do pai ao hospital público, nos preconceitos sobre a dominância masculina, no seu medo de enfrentar o parto e no cuidado familiar. Constatou-se uma imagem do homem nordestino como “*machista, grosseiro e insensível*”, e a exclusão do pai no parto por ser “coisa de mulher”. Porém, uma nova construção da masculinidade, do “*homem-companheiro*” e “*pai-cuidador*” está emergindo na periferia de Fortaleza-CE. Considera-se essa participação como um fato inato, mas que precisa ser (re)aprendido e estimulado para ele (re)assumir um papel que foi desvalorizado. Evidenciam-se a luta de alguns profissionais no sentido de assegurar aos homens esse direito da experiência do nascimento do filho e a necessidade de uma participação maior do que a estabelecida na Lei Federal 11.108-2005. Depois da tecnologia do “*Parto Que Te Quero Perto*”, foi perceptível a mudança ou “plasticidade dos preconceitos” nessas caricaturas do homem cearense de baixa renda. Recomenda-se com esta experiência a valorização do processo de empoderamento do casal “grávido” que de posse dos conhecimentos necessários poderão se reconhecer como protagonistas principais do parto, lutando e se apropriando deste momento tão único em suas vidas.

Palavras-chave: Pai; Parto Humanizado; Construção da Masculinidade; Antropologia Médica.

ABSTRACT

The intention of this paper is to address the National Policy of Humanization of childbirth in a public hospitals within Northeastern Brazil. We have highlighted the critical role that the father plays in childbirth at public hospitals within this region and related social impacts that this represents. Of particular note is the importance of how the presence of the father at childbirth had a positive impact on the strength of culture and community. The father's role in childbirth, as historically practiced in Ceará, directly impacted society when the father was not present during the time of delivery. Qualitative analysis was gained from the obstetric and rooming of HGMM in Fortaleza, as well as home visits. Data was also collected from participant observation - "The Way of Birth" - following ten couples "pregnant" throughout hospital history and the narratives of key informants, health professionals, hospital staff and men of the community. The period of data collection was from January 2010 to May 2010. Data analysis employed was taken from the method proposed by Bardin (2007). We emphasize the model of childbirth in this hospital and the experience of intervention in accordance with the policy of humanization through the inclusion of the father. We consider this participation as innate, but needs to be (re) learned and encouraged for the father to (re) assume a role that has been devalued. We show the struggle of some professionals to ensure that right to men's experience of the birth of the child and the need for a greater share than that set out in legislation. We therefore consider that efforts to ensure the presence of father at birth as this constitutes a major change in making this process more humane and clearly more beneficial for the child. Our results indicate that the participants develop a greater affection and bonding as a family unit. Furthermore, the father became more involved with the active care of the mother and baby leading to the strengthening of the triad: father, mother and child. Based on these factors, we recommend legislative action to ensure that all family members be present at childbirth. This is critical in development of the social fabric of the family and ultimately critical for a healthier society.

Keywords: Father; Humanizing Delivery; Construction of Masculinity; Medical Anthropology.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HGMM	Hospital Gonzaga Mota Messejana
JICA	Agência de Cooperação Internacional do Japão
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH	Programa Nacional de Humanização
PROAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SER VI	Secretaria Executiva Regional VI
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
VA	Visita Aberta

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	25
CAPÍTULO 1 – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS PARA O ESTUDO DE HUMANIZAÇÃO NO PARTO: O HOMEM NORDESTINO NO NASCIMENTO DO FILHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CEARÁ	27
1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	27
1.1 JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO.....	27
1.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	33
1.3 DO PARTO CULTURAL AO PARTO BIOMÉDICO: UM RESGATE HISTÓRICO ...	36
1.4 MUDANÇAS CULTURAIS NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO	40
1.5 ASPECTOS POSITIVOS DO RESGATE DA PARTICIPAÇÃO DO HOMEM.....	45
1.6 A RITUALIZAÇÃO DO HOMEM NO PARTO	46
1.7 REFERENCIAL TEÓRICO – O ESTADO DA ARTE.....	50
1.8 OBJETIVOS	58
1.8.1 Objetivo geral	58
1.8.2 Objetivos específicos.....	58
2 ARTIGO 1: ACONCHEGO DO HOMEM OPERÁRIO NO NASCIMENTO DO FILHO EM HOSPITAL PÚBLICO DA PERIFERIA DE FORTALEZA-CEARÁ	59
2.1 Introdução.....	60
2.2 Metodo.....	61
2.2.1 “Parto Que Te Quero Perto”: intervenção humanizada.....	63
2.3 Resultados.....	64
2.3.1 Experiência antes do “Parto Que Te Quero Perto”.....	64
2.3.2 Experiência depois do “ <i>Parto Que Te Quero Perto</i> ”	67
2.4 Discussão	70
2.5 Conclusão	73
2.6 Referências	74

3. ARTIGO 2: PAI OPERÁRIO NO PARTO: IMPLOSÃO DE ESTIGMAS E CONSTRUÇÃO DE NOVAS MASCULINIDADES NA PERIFERIA DO NORDESTE BRASILEIRO.....	77
3.1 Introdução.....	79
3.2 Metodologia.....	79
3.2.1 “Parto Que Te Quero Perto”: intervenção humanizada.....	81
3.3 Resultados.....	83
3.3.1 Preconceito do homem nordestino no parto	83
3.3.2 Plasticidade dos preconceitos após a intervenção	87
3.4 Discussão	90
3.5 Conclusão	97
3.6 Referências	97
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
5 PROPOSTAS HUMANÍSTICAS	104
6 REFERÊNCIAS	106
APÊNDICES	112
ANEXOS	120

INTRODUÇÃO

Muitos são os problemas e os desafios enfrentados pela saúde no Brasil. Notadamente, o Sistema Público de Saúde enfrenta embaraços históricos que remetem a um contexto sociopolítico e econômico de retração do Estado na garantia de direitos, como saúde, educação, moradia, segurança pública, empregos, dentre outros aspectos que constituem elementos essenciais à constituição de um estado de direitos. Deste modo, o debate em torno da temática da saúde em nosso País impõe percebê-la em um contexto mais amplo de transformações sociais que têm como pano de fundo a crise do capitalismo.

É fato que o último decênio do Século XX se configura como palco para os diversos movimentos sociais organizados que se articulam em torno da luta por direitos sociais fundamentais, dentre eles o da saúde. Verificamos no Brasil que o preceito constitucional preconiza a saúde como um direito do cidadão, fato que significa considerável avanço em termos sociais e políticos. Assim, os princípios da Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196 e conforme previsto na Lei 8.080/90, expõe:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1989, p. 63).

Nessa perspectiva, muitos são os desafios nesse novo momento social e político no qual se instaura um processo de descentralização das ações, universalização da saúde e participação social, com a emergência da proposta de humanização que surge como uma nova demanda e necessidade prementes nesse âmbito.

Salientamos, portanto, para esse estudo, que a questão da saúde no Brasil envolve uma problemática mais ampla e o desafio de perceber as contradições que se evidenciam no movimento dinâmico da realidade, na qual se expressam as exigências de cumprimento dos avanços legais e do atendimento às demandas sociais, como uma mudança cultural mais ampla em confronto, na maioria das vezes, com a cultura hospitalar instituída. Essa realidade se expressa como desafiadora aos gestores da área de saúde, profissionais, usuários e estudiosos que se empenham no sentido de transformar o quadro que se apresenta e fazer valer os direitos assegurados em lei e as conquistas alcançadas nesse âmbito.

Esses desagrados levaram o Ministério da Saúde (MS) a buscar iniciativas para melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuário, a fim de garantir a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), levando a criação do Programa Nacional de

Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 2000. Seu principal objetivo foi “possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS” (BRASIL, 2002). Esse Programa contribuiu para o surgimento da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003.

Nessa perspectiva, o Governo do Ceará sancionou a Lei 14.286/2009, normatizando o acompanhante no trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato nos serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada (CEARÁ, 2009). Cabe destacar que, em outubro de 2008, foi implantada uma experiência no Hospital Gonzaga Mota Messejana - HGMM em Fortaleza-Ceará¹, a Visita Aberta (VA). Esta iniciativa surgiu a partir da observação e importância de se manter a participação da unidade familiar. Partindo da mesma orientação política, a referida unidade hospitalar deu início também ao Projeto “*Encontro dos Pais*”, que faz parte do programa “*Parto Que Te Quero Perto*”, em julho de 2009. A iniciativa busca estimular os companheiros das gestantes do HGMM - que se preparam para dar à luz - a se fazerem presentes do início ao fim da gravidez.

Podemos considerar que do ponto de vista fisiológico, a visita e o acompanhante estimulam a produção hormonal no paciente, diminuindo o seu estado de alerta e a ansiedade frente ao desconhecido, trazendo mais serenidade, confiança e, conseqüentemente, uma resposta mais positiva aos tratamentos. A humanização do cuidado no nascimento e parto é um desafio da atualidade e abrange a inclusão do pai ou do acompanhante de escolha da parturiente. Ela requer que a devida atenção seja destinada à perspectiva da gestante, pois o atendimento de suas necessidades constitui um pressuposto básico da assistência obstétrica (BRASIL, 2001).

A participação ativa do pai na gravidez, parto e pós-parto é considerada importante. No entanto, admitimos que tal atitude possa ser reflexo de uma decisão consciente tomada em conjunto com a gestante, e não resulte do desejo de corresponder às expectativas dos demais membros da família, dos profissionais e da própria sociedade (MAZZIERI, 2006).

¹ O Hospital Gonzaga Mota Messejana (HGMM) iniciou a Visita Aberta aos usuários por meio de um projeto piloto em outubro de 2008, sendo oficializada a partir de março de 2009, contando com o apoio de uma equipe de consultores da PNH, no sentido de conduzir, juntamente com os demais profissionais da referida instituição, este dispositivo preconizado em lei.

CAPÍTULO 1 – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS PARA O ESTUDO DE HUMANIZAÇÃO NO PARTO: O HOMEM NORDESTINO NO NASCIMENTO DO FILHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CEARÁ

1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

1.1 JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

As inquietações explicitadas surgiram a partir de nossa experiência profissional em um hospital público da rede municipal de Fortaleza, de referência secundária, no atendimento à saúde da mulher e do recém-nascido, que vem desenvolvendo atividades que visam à incorporação das diretrizes da PNH. Tal fato despertou-nos o interesse em desvelar a forma que vem sendo realizada a assistência às gestantes nesta instituição, com a inclusão do homem durante o processo de trabalho de parto, percebendo as contradições que se evidenciam nesse processo.

É oportuno considerar que a história da instituição hospitalar é marcada pelo viés autoritário nas práticas de gestores e trabalhadores, enquadrados por normas e procedimentos rígidos em relação ao acompanhante e à visita. Tais normas há muito não são questionadas e nem revistas. No entanto, com o reconhecimento do direito a acompanhante e à Visita Aberta (VA), outro cenário se apresenta à realidade no SUS.

Observamos que anteriormente à implementação da VA, a família só possuía uma hora por dia para reencontrar seu ente internado. Assim, ela não participava do tratamento e poucas vezes conseguia se enquadrar nos horários estabelecidos pela instituição hospitalar, que, geralmente, disponibiliza para visitas o período do dia compreendido entre as 15 e 16 horas. Daí partiu a ideia da implantação do Sistema da Visita Hospitalar Aberta.

A VA é um dispositivo da PNH que amplia o acesso dos visitantes às unidades de internação para garantir o elo entre o usuário, sua família, enfim, sua rede social e os serviços de saúde. O acompanhante representa a rede social da pessoa internada. Observamos na

pessoa internada a perda dos laços e vínculos com o que construiu no seu cotidiano. Deste modo, tudo aquilo que vir do exterior auxilia no restabelecimento de sua confiança, contribuindo para a sua reabilitação. (BRASIL, 2002).

Importante ressaltar que o conceito de atendimento humanizado foi introduzido no estado do Ceará pelo Professor Dr. Galba Araújo, que defendeu o parto normal, instituindo o aleitamento materno e o alojamento conjunto (KELLOGG, 1988).

Na nossa concepção, o parto é um processo fisiológico e merecedor de atenção. As evidências sobre o parto como evento natural encontram-se nos Manuais do Ministério da Saúde e em grupos não governamentais que comungam da ideia, como a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA). A nossa preocupação com a situação de atendimento ao casal no parto humanizado, temática de grande relevância, foi o fio condutor do nosso estudo.

Constatamos a dificuldade da presença da família na hora do nascimento do filho. Este é um momento social, afetivo, cultural e não se admite que a parturiente fique só, não tendo a presença de seu companheiro. Todavia, muitas são as dificuldades que se evidenciam na concretização da presença da família nesse momento.

Acompanhar uma mulher no momento do parto é permitir que as suas competências naturais para condução desse processo sejam potencializadas. Para isso, é necessário criar um contexto propício, um ambiente físico e de relações ajustado, em que a mulher se sinta autorizada a viver toda a intensidade desse momento. Atualmente, o direito à presença de acompanhante no parto é uma conquista, regulamentada pela Lei Federal de número 11.108 (Anexo 1), sancionada em 7 de abril de 2005, razão pela qual cabe às maternidades o ajuste do olhar para este novo integrante, redimensionando o espaço físico e a abordagem da equipe no sentido de potencializar a presença do acompanhante (BRASIL, 2007).

Posteriormente, veio a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de número 36, de 3 de junho de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (Anexo II), reforçando mais ainda a presença de um acompanhante.

O Ceará dá o exemplo para o país, quando aprova a Lei de número 14.286, de 05 de janeiro de 2009, dispondo sobre a afixação de cartazes informando o direito à presença de um acompanhante, durante todo o período de parto, parto e pós-parto imediato, nos serviços do SUS, da rede própria ou conveniada (CEARÁ, 2009).

No município de Fortaleza-Ceará, as iniciativas de implantação do PNH vêm se desenvolvendo em alguns hospitais, como no HGMM. O hospital desenvolve a gestão participativa, com o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) atuante em rodas semanais com gestores e mensais com os trabalhadores e gestores para discussão de problemáticas comuns e aperfeiçoamento dos processos de trabalho, principalmente do dispositivo da visita aberta e a presença do acompanhante. As visitas começam às 10 horas e vão até as 20 horas.

Os desafios consistem em envolver todos os trabalhadores, melhorar a comunicação interna, lidar com os conflitos que surgem nas diversas unidades, lentidão dos processos, estrutura física precária, falta de articulação para liberar funcionários para as rodas e escassez de profissionais médicos. Entre os benefícios alcançados, o tempo de internação dos pacientes está sendo reduzido pela metade e a recuperação mais acelerada. Além disso, os visitantes trazem inúmeras informações sobre o paciente, ajudando, muitas vezes, no diagnóstico médico (BRASIL, 2007).

Entretanto, muitos são os obstáculos surgidos nesta implantação. Podemos observar diversas barreiras nesta fase, apesar desta decisão partir do colegiado gestor da unidade hospitalar. O hospital antes percebido como um ambiente restrito e vigiado passou a estar aberto à comunidade, incomodando determinados grupos, que sinalizam de forma negativa a essa mudança dentro da instituição. Inicialmente, pode-se perceber como uma forte barreira a essa ação o temor por parte de alguns profissionais de sentirem-se ameaçados em seu “poder” dentro do hospital. Alguns parecem temer a possibilidade de adaptarem-se às novas funções e a novos questionamentos que vão surgindo diante das novas situações demandadas em face à implantação dessa Política.

A implantação da VA e a presença do acompanhante deflagram dificuldades que se expressam também na forma de barreiras atitudinais por parte de praticamente todos os atores deste contexto, que parecem não aceitar a realização deste sistema de visita. Um fato verificável é a aparente situação de incômodo que os funcionários demonstram com a presença dos usuários no exercício desse direito. Ainda com relação a essa questão e com enfoque para o aspecto do poder dentro da instituição e dos profissionais que nela trabalham, podemos destacar: os servidores que trabalham na portaria sentiram seu poder diminuído com a liberação destas visitas, além de terem que fazer um maior controle da identificação do fluxo das pessoas que entram e que saem da instituição; os profissionais da saúde que trabalham na enfermaria sentiram seus poderes abalados, isto pelo fato de maior fiscalização e cobrados pela população ávida de informações.

Por outro lado, a resistência se manifesta ainda por parte dos próprios acompanhantes dos usuários que criam obstáculos, como no caso do parto humanizado. Como afirma Maldonado (2000), o homem, acostumado na nossa sociedade machista, não consegue ver a importância da sua participação no parto, acha que isso é “assunto e coisa de mulher”.

É oportuno destacar ainda os conflitos que se evidenciam em virtude dos múltiplos olhares dos atores envolvidos nesse processo: usuários, visitantes, porteiros, gestores e os profissionais da enfermagem que parecem não falar a mesma linguagem e possuem pontos de vista e interesses totalmente diferenciados com relação à importância da VA e a presença do acompanhante. As diferentes concepções de mundo, diferenças culturais, aspectos subjetivos envolvidos, dentre outros, parecem criar uma linha imaginária que separa o hospital da comunidade. Assim, o hospital, algumas vezes, é visto como uma verdadeira prisão, um ambiente inóspito e hostil, que não favorece ao processo de reabilitação do paciente.

Partindo do pressuposto de que o hospital deve estar aberto à comunidade através desta forma de visita e da observância de que a família tem um verdadeiro papel terapêutico, conforme preconizado pela PNH, nos propomos a desvelar a humanização na assistência à saúde da gestante com a inclusão do pai, buscando as congruências e as incongruências do parto cultural e do parto biomédico.

Para guiar referido estudo, utilizamos o referencial teórico-metodológico que aborda o sistema de cuidados culturais (*health care system*) e o modelo explicativo (*explanatory model*) de Kleinman (1980) que enfoca a interação humana, a humanização e os aspectos socioculturais.

É oportuno esclarecer a compreensão adotada para esse estudo, quando consideramos que os homens também “engravadam” e passam pelo parto. Assim, privilegiar a participação do pai durante a gestação e o nascimento de uma criança trata-se de uma mudança social importante no sentido de fazê-lo participar ativamente ao lado de sua companheira, por meio de uma ritualização favorecida pela própria instituição de saúde.

Para tanto, implantamos no HGMM uma intervenção com o Projeto “*Encontro dos Pais*”, iniciado em 28 de julho de 2009, com a proposta de mostrar aos “pais grávidos” qual o papel deles durante o parto dos seus filhos. Um fato a ser destacado é que mesmo possuindo legislação aprovada, a presença de um acompanhante no trabalho de parto, pré-parto e pós-parto é um direito desconhecido pelos gestores, profissionais de saúde e usuários. Assim, em

virtude da falta de conhecimento e outras influências culturais, muitas gestantes passam por esse momento tendo apenas a equipe médica como acompanhante.

O encontro com os pais faz parte do Programa “*Parto que Te Quero Perto*”, uma inédita nova tecnologia, em desenvolvimento no HGMM. A palavra “perto” adquire duas funções: A primeira se refere à proximidade geográfica, no intuito de que todas as gestantes, da Secretaria Executiva Regional VI, realizem seu parto nesta maternidade, perto de sua casa. A outra conotação é a de reforçar a presença de um acompanhante perto das futuras mães. O HGMM é uma das maternidades de referência em Fortaleza. Por mês, são realizados cerca de 500 partos.

O “*Encontro dos Pais*” é um projeto pioneiro que faz parte dessa proposta e que pretende mudar essa cultura, reforçando a necessidade do acompanhante, sobretudo, quando este for o pai. Desta feita, nos ancoramos nas teorizações de Malinowski (1992), quando este observa que as ritualizações fazem parte da maioria das culturas humanas. Enfatizamos, portanto, a importância de se criar ritos necessários em minimizar as tensões e os medos durante o trabalho de parto.

Ressaltamos que quando a gestante chega à maternidade, o fato desta não conhecer ninguém acaba por tornar este momento uma experiência, de certa forma, desconfortante e/ou algumas vezes traumática. Com um acompanhante, principalmente se este for o companheiro, ela terá alguém de sua confiança para apoiá-la. Assim, podemos considerar que a presença do pai pode trazer vários benefícios para a gestante. Ao se sentir acolhida e segura, ela relaxará mais, reduzindo o estresse do momento. O resultado será um parto mais humanizado, com a diminuição do tempo do trabalho de parto e dos pedidos de anestesia. Além disso, essa oportunidade também poderá contribuir para fortalecer os laços familiares e minimizar as possibilidades de depressão pós-parto.

Outro momento favorável a essa ritualização se evidencia durante as oficinas realizadas com os pais e as gestantes. Essas atividades possibilitam a estes apreenderem os cuidados necessários durante o processo de parto e como eles podem ajudar suas companheiras neste momento, como, por exemplo, os procedimentos no trabalho de parto e o apoio após o nascimento, principais informações abordadas durante as palestras.

O Programa incentiva a cultura de o pai seccionar o cordão umbilical do filho e colocar a identificação no pulso da criança, simbolizando uma primeira identificação do contato entre pai e o recém-nascido. Tais iniciativas justificam-se pelo fato de considerarmos

importante fortalecermos os vínculos familiares, colocando o pai também como partícipe no processo de parturição, e ainda oportunizando uma melhor relação do hospital com a comunidade.

Desta feita, nosso processo investigativo busca promover uma reflexão quanto à presença da família, notadamente da figura paterna na restauração da saúde da parturiente, percebendo o impacto dessa mudança na instituição hospitalar e a concepção dos profissionais de saúde e dos familiares com relação à presença da figura paterna na hora do nascimento.

Assim, as informações resultantes dessa pesquisa serão fundamentais para a tomada de decisões no campo da humanização e do cuidado, fato que possibilitará traçar novos caminhos por meio de planejamento, com o desenvolvimento de ações e estratégias no âmbito da gestão hospitalar, voltadas para a melhoria das condições da assistência ao parto.

Salientamos ainda que a implantação do parto humanizado enfrenta obstáculo que pode ser atribuído, na maioria das vezes, à condição de pobreza dos usuários, aos horários de trabalho dos pais e talvez a problemática de gênero, haja vista que o fato de ser homem, muitas vezes, impede os usuários de ter acesso à maternidade. Parece haver dificuldades em romper com a visão anteriormente construída de que a sala de parto não tem espaço para o homem. Em nossa sociedade, o ato de cuidar de crianças, de pessoas idosas, daquelas com deficiência ou algum problema de saúde é visto como “coisa de mulher” (LYRA, 2007).

Nesse contexto, o fato de se proceder com revisão do que há na literatura da assistência pré-natal – verificando as relações de inclusão e de exclusão do homem – e somando esse conhecimento à descrição da realidade observada, acredita-se poder contribuir com uma melhor condução do processo de cuidar e assistir o homem e a mulher nessa fase da vida humana. É também de relevante importância no campo da unidade hospitalar, ao se destacar a interação da equipe com o homem e subsidiar futuras pesquisas nessa área de interesse.

Destarte, é oportuno avaliar a satisfação dos cidadãos e as relações que estes estabelecem com os profissionais nas instituições de saúde, notadamente no aspecto a que nos propomos nesse estudo, com relação à implantação da PNH, considerando que as transformações sociais e políticas implicam em mudanças no cotidiano dos hospitais.

Assim, desenvolver este tema é um desafio que se impõe, no sentido de conceber e conduzir todo um processo de pesquisa, o qual se constitui em um período de observação do objeto, analisando dentro do que se propõe.

1.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Desde o ano de 2001, são evidenciados esforços por parte do Ministério da Saúde para a implementação da PNH e desenvolvimento do PNHAH como ações públicas e transversais fundamentadas no pioneiro Movimento Sanitarista, que trouxe como principal reforma as bases constituintes do SUS. Mencionada política de atenção e gestão em saúde pretende resistir ao modelo excludente e de mercantilização do sistema de saúde (MARTINS, 2003) e contribuir para “uma atenção integral, equânime com responsabilidade e vínculo, pela valorização dos trabalhadores e avanço da democratização da gestão e do controle social participativo” (BRASIL, 2006).

As ações desse movimento são direcionadas na promoção de uma mudança cultural no atendimento da área hospitalar, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Assim, na direção da PNH, definiu-se uma proposta de promoção de saúde, considerando, dentre outros aspectos, a valorização da vida humana e da cidadania. A PNHAH busca estender o conceito de humanização para toda instituição hospitalar, por meio da implantação de uma cultura organizacional diferenciada, pautada no respeito, na solidariedade e no desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais de saúde e dos pacientes (LIMA, 2009).

Observamos que a promoção de uma mudança cultural no atendimento da rede de saúde em âmbito nacional se desdobra na consecução de ações voltadas para: oportunizar mudanças positivas no SUS, por meio de um modelo de gestão capacitada; promover um SUS fortalecido em seu processo de pactuação democrática, participativa e coletiva. Outrossim, a concretização da Política de Humanização, como uma política transversal na rede SUS, tornou-se uma necessidade e um objetivo a ser alcançado. Ideias como “SUS de todos e para todos”, “SUS que dá certo”, são cada vez mais discutidas.

Conforme anunciam os documentos legais da PNH, as ações nesse âmbito envolvem os atores sociais implicados nesse processo, como: gestores de saúde, profissionais, usuários e demais sujeitos implicados no processo de promoção da saúde. Assim, conforme estabelecido nos documentos da própria política, o processo de humanização no campo da saúde diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque é relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede

do SUS. O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2007).

É oportuno destacar a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986, como um marco para a PNH, considerando que serviu de base à conquista da sociedade brasileira, organizada no Movimento da Reforma Sanitária, consolidado *a posteriori* na Constituição Federal de 1988. A Carta Magna do país reconheceu a saúde como direito de todos e um dever do Estado, ficando explicitados os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da população como princípios e diretrizes legais do SUS (FALK *et al.* 2006).

Muitas são as legislações que tratam dos direitos dos cidadãos no Brasil, a exemplo do Código de Defesa do Consumidor, do Estatuto da Criança e do Adolescente, das Normas Brasileiras de Comercialização dos Alimentos para Lactentes, do Estatuto do Idoso, das Leis dos Planos de Saúde e das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e muitas outras que esgotariam alguns parágrafos para citação. No entanto, a consolidação destes princípios doutrinários definidos em legislação específica e também na última Constituição Brasileira enfrenta desafios na prática, quando se compreende a saúde como direito e se entende a humanização como política. Desta forma, este processo deve, necessariamente, atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, estar comprometido com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. Como assevera Gomes e Fraga (2001), existe um grande hiato entre a legislação estabelecida e o cotidiano dos serviços de saúde.

No resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde preconizadas nas diretrizes do SUS, a humanização estabelece como princípio a valorização dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores de saúde e usuários) como protagonistas das ações em saúde. Reforçamos a valorização do sujeito, a sua autonomia, o seu protagonismo, o aumento do grau de responsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva como passos para a concretização dessa política.

A Política de Humanização do SUS possui vários dispositivos destinados à garantia dos direitos do usuário, podendo ser destacados: o acolhimento com classificação de risco, a visita aberta e o direito ao acompanhante, como ações de caráter mais recente, que se propõem a contribuir com a recuperação mais rápida do paciente e, conseqüentemente,

favorecer uma redução do tempo de internação (BRASIL, 2007). Contudo, a resistência de muitos gestores e profissionais de saúde na garantia da PNH e desses direitos instiga a reflexão sobre o processo do cuidar/cuidado no âmbito hospitalar, das concepções da promoção de saúde e das formas de relação entre profissionais e usuários.

É oportuno considerar, portanto, as relações tecidas nesse âmbito, permeadas pela questão do poder institucional e do saber dos profissionais, porquanto, acarretando conflitos de interesses no cotidiano do ambiente hospitalar, ocasionados pelas diferentes percepções entre os usuários e os profissionais. Por um lado, verificamos o paciente com necessidades de cuidado de forma holística e integral, trazendo uma bagagem cultural, aliada aos aspectos sociais e econômicos, às vezes, imperceptível ou não valorizada ao olhar do cuidador.

Por outro lado, observamos os profissionais, com suas questões culturais e normas institucionais a serem seguidas, sobrecarregados, desmotivados, sem pretensão de responsabilização e/ou vínculo com o paciente. Esse antagonismo de interesses influencia significativamente todo o processo do cuidar, tendo como campo a instituição hospitalar, fato que denota um antagonismo nas relações sociais ali tecidas.

Como observa Nations, Gomes & Luz (2008), as condições da saúde pública no Brasil não são boas, porquanto, evidenciam situações preocupantes, como: quadros de superlotação das instituições de saúde, precarização dos serviços, remuneração da categoria médica com base na produtividade², serviços de baixa qualidade, dentre outros aspectos. Verificamos ainda que a hegemonia do modelo biomédico, pautado no tecnicismo, acarreta ainda como um agravante a complexa realidade da saúde em nosso país, por meio do desrespeito aos direitos dos usuários como um fenômeno recorrente, que vem de encontro ao que preconizam os aspectos legais.

Ressaltamos que a PNH estabelece o direito ao acompanhante durante o parto. Nesse sentido, ressaltamos que a inclusão do homem no espaço do cuidado no período gravídico puerperal promove uma ressignificação do “lócus hospitalar”, como difusor do cuidado público da saúde, ampliando seu papel na comunidade, na medida em que promove mudanças na organização do processo de trabalho e de promoção da saúde, numa perspectiva de solidariedade e de responsabilidade coletiva, marcas da PNH (BRASIL, 2007).

² Importa esclarecer que a remuneração por Produtividade é ancorada na Lei Municipal de Fortaleza de número 9890 de 20/06/1996 e praticada nos hospitais da rede pública municipal de forma a destinar 30% do que o hospital arrecada para ser rateado entre os funcionários, vinculando dessa forma a gratificação dos profissionais de saúde à sua produção.

Destacamos ainda as barreiras estruturais e organizacionais como também o antagonismo na compreensão da presença masculina durante o pré-natal, parto e puerpério. No olhar da família e parturiente, a presença de um acompanhante é significativa no apoio emocional e fortalecimento de vínculo afetivo. Entretanto, ao olhar do profissional, pode representar um incômodo e constituir uma diminuição de seu poder de atuação, e também uma forma de fiscalização de suas ações e maiores cobranças de informações e do cuidado. São olhares diferentes, mas com possibilidade de reflexão quanto à aproximação desses olhares para a construção de um novo paradigma.

Observamos que a prática profissional ao longo do tempo foi pautada no modelo Biomédico, caracterizada pelo biologismo, fragmentação, mecanicismo, tecnicismo, explicação unicausal da doença, nosocentrismo, com intervenção medicamentosa. Esse modelo torna o nascimento um processo artificial, complexo e desumano, distante do ambiente familiar (CUTOLO, 2006).

Na atualidade, todavia, há um reconhecimento que o modelo biomédico deve ser superado e várias iniciativas têm sido vislumbradas na construção de um novo paradigma baseado no modelo biopsicossocial, que valoriza o ser humano em sua integralidade, no contexto familiar e social. O grande desafio é enfrentar este dualismo e abrir caminho para a adoção de estratégias de Promoção da Saúde que privilegiem uma visão ampla e equitativa da realidade, humanizando o processo da parturição (BYDLOWSKI, WESTPHAL & PEREIRA, 2004).

Cumprir esclarecer, todavia, a garantia constitucional e os códigos legitimados não são suficientes para efetivar esses direitos na prática. Assim, como observa Nations & Gomes (2008), é fundamental que cada hospital mobilize mecanismos para cumprir essas garantias, em termos de estruturação, condições de funcionamento e atitude dos profissionais.

1.3 DO PARTO CULTURAL AO PARTO BIOMÉDICO: UM RESGATE HISTÓRICO

No Brasil, até meados do século passado, os partos ocorriam em casa. O parto domiciliar oportunizava à família estar presente nesse momento singular, no qual o homem mesmo não assistindo ao parto estaria mais próximo, podendo ver seu filho ou filha logo após

o nascimento. No Ceará, o médico Galba de Araújo³ foi o pioneiro na defesa de que o parto deveria acontecer naturalmente, por compreender que o corpo da mulher, naturalmente preparado para isso, ocasionaria uma recuperação mais rápida e um menor risco de complicações.

Na década de 1950, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal, inicia-se no Brasil a institucionalização da assistência ao parto no âmbito hospitalar, passando a ser dominado por uma nova lógica, onde a mulher deixa de ser sujeito da ação para tornar-se objeto. Como relata Santos (2002), “esse processo implicou mudança do paradigma da experiência do parto, que deixou de ser um evento feminino, doméstico e fisiológico, passando a ser dominado pelo médico e vivido em um hospital, sob um ponto de vista patológico”.

No ano de 1976, o antropólogo Atwood mencionou que “o campo da obstetrícia ocidental pode ser considerado como uma cultura, porque os padrões de comportamento aprendidos se tornam práticas aceitas e usadas universalmente e, então, passadas para a próxima geração”. As posições horizontais de parto são utilizadas para tornar mais fácil ao médico fazer seu trabalho (SABATINO, 2000).

Com relação à mudança de paradigma no processo de parturição, Klaus, Kennell & Klaus (2000) destacam, na transferência do espaço doméstico para o espaço institucional - característico da atual assistência ao parto - o aspecto negativo do distanciamento familiar como um fator ocasionador da ampliação das ansiedades e angústias próprias do trabalho de parto. Igualmente, destacamos que a internação hospitalar da parturiente, além de favorecer a separação da gestante de sua família, torna o parto uma propriedade da equipe do hospital.

Como salienta Nakano (1994), o parto natural assume uma relevância cada vez maior, haja vista ser este o caminho mais humano desse processo, pois a parição deve acontecer de forma instintiva e natural. Nessa concepção de humanização do parto, o Projeto Luz da JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão) - uma parceria ocorrida entre o governo Brasileiro com o Japão - propôs adotar técnicas de humanização nas maternidades brasileiras, inclusive na maternidade do HGMM, tendo como premissas as normas adotadas no oriente. Cumpre esclarecer, mesmo com esforços dos dois países em considerar a cultura e adequar todo esse conhecimento e prática à realidade brasileira, esse modelo não conseguiu a

³ Médico cearense especialista em Ginecologia-obstetrícia, ex-diretor da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará - UFC e pioneiro na defesa do parto humanizado.

institucionalização desejada. O parto natural constitui ainda uma busca e uma prioridade na Política de Saúde.

Odent (2002) apreende a história da obstetrícia como fundamental a história da exclusão gradativa das mães do papel central no processo do nascimento. Para ele devolver o parto às mulheres, não é uma ambição pequena⁴. Em um resgate histórico, nos mostra que a obstetrícia moderna originou-se na França do século XVII, quando os médicos entraram nas salas de parto e assumiram o papel tradicional das parteiras. Pela primeira vez, exigindo que as mulheres dessem à luz deitadas de costas, visando, assim, facilitar o emprego do fórceps pelos médicos.

Mencionado autor destaca os aspectos, a saber: privacidade, intimidade, calma, liberdade de vivenciar o parto em qualquer posição e a ajuda de parteiras como elementos cruciais para o primeiro período do parto. Salienta ainda outros fatores presentes no parto institucionalizado, como: luzes agressivas, barulhos repentinos, máquinas frias e “intrusos mascarados”, típicos dos ambientes dos modernos hospitais, em conjunto com a ausência de parteiras, bem como o confinamento da parturiente a posições restritivas, como elementos inibidores do trabalho de parto.

Para Sabatino (2000), a Obstetrícia Ocidental teve suas raízes na Europa, no século XVII, e Mauriceau (da França) é considerado o criador ou culpado de ter sido o primeiro a encorajar mulheres a adotarem uma postura em decúbito dorsal. Na verdade, esta posição tornou-se conhecida como posição francesa, em contraste com a postura deitada em decúbito lateral, utilizada na Inglaterra e conhecida como posição inglesa.

A legislação que trata da saúde das gestantes no município de Fortaleza adverte que a gestação e o nascimento devem ser vividos com tranquilidade, segurança e felicidade, como também destacam a necessidade do acesso a um planejamento reprodutivo, a um pré-natal e a uma assistência ao parto e ao pós-parto de qualidade. Observamos, portanto, ser necessário que os direitos da criança a um nascimento saudável e a um desenvolvimento também

⁴ Os estudos de Odent (2002) observam que quando a mulher não se encontra na melhor atmosfera, a dilatação às vezes cessa e as contrações se tornam mais dolorosas e menos eficientes. Desta feita, a experiência feita na França por meio de situações que oportunizam a parturiente à imersão na água quente, com a presença de uma mão amiga sustentando sua cabeça, tornam o parto mais fácil, mais confortável e mais eficiente. A água torna a mulher mais leve, pode flutuar e não tem de lutar contra o seu próprio peso durante as contrações. Relata ainda: o calor da água reduz a secreção de adrenalina e relaxa os músculos. A água também pode induzir ondas cerebrais alfa, gerando um estado de relaxamento mental. E o relaxamento, por sua vez, traz uma rápida dilatação. Certas vezes, o abrir da torneira, os sons da água correndo, fazem com que o bebê nasça antes que a banheira esteja cheia.

saudável na infância sejam assegurados e exigidos. Para tanto, é preciso uma continuidade da luta pelas políticas que assegurem a cidadania plena de todas as pessoas, principalmente das mais excluídas socialmente (FORTALEZA, 2009).

Assim, podemos considerar a gravidez e o parto como acontecimentos naturais que envolvem, além do corpo e da mente da gestante, as pessoas que estão à sua volta. Desta feita, se não houver interferência estranha, em mais de noventa por cento dos casos, o parto pode acontecer de forma natural e espontânea, dispensando toda e qualquer ajuda ativa. Não desconsideramos, portanto, totalmente a supervisão médica para detectar, prevenir e intervir nos casos em que possa surgir alguma anormalidade. Salientamos, todavia, que os estudos de Paciornik (1983) revelam ser esta somente necessária em menos de dez por cento dos casos.

Conforme destaca Mendes (2002), os médicos ocupam um papel central nos sistemas de serviços de saúde. A principal razão é que as instituições sanitárias são organizações profissionais baseadas no conhecimento e, neste tipo de organização, há uma grande transferência do poder decisório para os trabalhadores da ponta. E os trabalhadores da ponta que mais exercitam o poder decisório nas instituições de saúde são os médicos.

Assim, sabendo ser a experiência da maternidade uma realidade que vem se modificando, sofrendo interferências de questões culturais, sociais e políticas, dentre outras, salientamos que esta envolve uma complexidade de questões que passam inclusive pelo processo de escolha da maneira mais adequada de trazer uma criança ao mundo. Atualmente, essa escolha poderá ocorrer com a opção do parto humanizado, como uma experiência inovadora, marcante e enriquecedora, na qual pai, mãe e filho vão experimentar uma relação de intensa união, vivenciada num momento único; que é o nascimento de uma criança.

Largura (2004) adverte que a preparação para o parto é essencial. Saber como o seu corpo vai se comportar, como exigir seus direitos no hospital e quais suas opções na hora do parto. Uma boa preparação pode alterar completamente o curso desse momento.

Outro aspecto observado com a mudança que se estabelece nesse contexto é que a participação do pai na hora do nascimento de uma criança oportuniza vivenciar o diálogo, o conchego e o afeto no âmbito hospitalar, e expressar os sentimentos presentes no seio da família. Oportuniza também ao profissional repensar sua prática, entender esse momento da presença do pai na sala de parto e alojamento conjunto não como um empecilho a sua atuação e, acima de tudo, perceber a parturiente como sujeito do processo, admitindo a importância das contribuições da família no plano do cuidado.

Collaço (2002) descreve ainda que as maternidades devam ter como filosofia geral a presença de um acompanhante durante todo o processo do nascimento (da internação à alta hospitalar). A mulher sempre escolhendo o acompanhante, porém dando ênfase para que o acompanhante seja o pai do bebê, pois, assim, acredita-se estar contribuindo para a formação do vínculo afetivo familiar precoce.

Desta feita, o direito ao acompanhante no parto irá acarretar transformações significativas para o âmbito da saúde, notadamente para as relações tecidas na instituição hospitalar. Assim, os problemas que se evidenciam com a implementação do parto humanizado se apresentam sob dois ângulos distintos nessa discussão: o da instituição hospitalar e do saber médico propriamente dito, que tem o hospital como espaço socialmente construído e instituído como lugar da cura das doenças por um lado. E por outro ângulo, o olhar da família, da cultura familiar como fator relevante no processo de recuperação e cura do paciente.

Reconhecemos que o avanço técnico propiciado pelos médicos trouxe muitos benefícios, mas, também, uma prática obstetrícia intervencionista e hegemônica, que ainda caracteriza a atual assistência ao parto, deixando de ser algo tradicional para ser, quase que totalmente, pautada no modelo biomédico. É especialmente sobre essa problemática que nos ocupamos: a mudança cultural expressa com a política que valoriza a participação do pai no parto.

1.4 MUDANÇAS CULTURAIS NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Abordar a problemática do nascimento de uma criança, nas diversas sociedades e seu desenvolvimento em diferentes culturas, impõe retomar este fato enquanto categoria socialmente construída, que sofre modificações em contextos históricos específicos e nos diferentes estágios sociais. Cabe destacar, no entanto, o parto como um evento historicamente considerado como estritamente feminino, acompanhado por membros do grupo social da parturiente, como podemos citar a mãe, parentes, vizinhas e até a parteira, que a auxiliavam durante todo o processo.

No entanto, a partir do século XVII, na Europa, o parto sofreu um processo de medicalização significativa, que atingiu as massas populares nos centros urbanos, e em meados do século XX, em vários países do mundo ocidental, inclusive no Brasil. Assim, com o desenvolvimento da ciência, a assistência ao parto passa por muitas transformações e o

nascimento deixa de ser visto como algo natural, tanto para a gestante e sua família, quanto para os profissionais de saúde (SANTOS, 2002).

A compreensão que temos hoje sobre comportamento padrão do cuidado na hora do parto na sociedade contemporânea faz parte de uma construção social, que diferenciou os papéis para homens e mulheres. Disseminou-se, portanto, uma cultura do homem provedor, que deve cuidar da mulher e dos filhos, especialmente como gerador de bens materiais e de segurança física (SCHMIDT *et al.*, 2003).

Cumprir esclarecer que os estudos sobre a sociologia da família revelam que isto está mudando. Com o aumento da família nuclear, distanciada dos parentes, a mudança na estrutura social e a esposa trabalhando fora de casa redefinem e afirmam a participação ativa do pai, antes e depois do nascimento dos filhos. Nesses últimos séculos, busca-se um novo estilo de pai; dificuldades como a falta de carinho, compreensão com os filhos, originadas do pai autoritário, provedor, distante emocionalmente necessitam ser transpostas para se recuperar um homem voltado às questões da paternidade e cuidado (TRONCHIN *et al.*, 2006).

Secularmente, o papel do homem no parto fora definido pela comunidade, entretanto, (ao mesmo tempo) a cultura hospitalar institucionalizou também a noção de como é o nascimento de uma criança (mecanicista). Todavia, essa mudança social que afastou quase que totalmente o pai do momento do nascimento do filho merece diversos questionamentos: Qual o papel do pai (do homem) na hora do parto, no pré e no pós-parto? Durante o parto o que o homem faz: na comunidade? No hospital? Ainda tem a questão do poder, o hospital é quem domina, os usuários são pessoas pobres e analfabetas.

Assim, o nascimento de uma criança pode e deve ser compreendido como um período importante não só para a mulher como também para o homem, haja vista ser esta uma fase delicada na vida conjugal, na qual o pai enfrenta e precisa passar por mudanças em seu comportamento, renúncias em seu cotidiano e medo do aumento da responsabilidade. Para a mãe, a chegada de um filho pode ser considerada um episódio fisiológico e emocional, que gera expectativas, sonhos e angústias (CAMPOS *et al.*, 2007).

É oportuno destacar que o caminho masculino em direção à parentalidade é diferente do trilhado pela figura feminina, pois apenas a mulher tem o privilégio de sentir o filho se desenvolver dentro de si, dar à luz e amamentá-lo. Por este motivo, muitas vezes, os pais não conseguem criar um vínculo real e sólido com a criança. Para estes autores, a formação do

vínculo entre pai e filho geralmente é mais lenta, consolidando-se pouco a pouco, após o nascimento e no desenrolar do desenvolvimento da criança (GONÇALVES *et al.*, 2004).

Para Maldonado (2000), é necessário mostrar que o nascimento de um filho é uma experiência familiar e que a gravidez pode levar a maiores níveis de incorporação e aprofundamento no relacionamento conjugal, mas também pode romper uma estrutura fragilizada e desequilibrada. Entende-se que o casal, que até então era formado unicamente por homem e mulher, passa, com a parentalidade, a ser constituída de pai e mãe – o que muda radicalmente as suas dinâmicas individuais na relação conjugal. Essa transição leva a mudanças importantes, tanto objetivas como relacionais, fato que requer uma transformação e adaptação dos padrões anteriores de interação conjugal (GOMES *et al.*, 2008). A chegada de um filho vai mexer no relacionamento conjugal, por isso que essa relação deve estar bem sólida.

Por sua vez, Damásio (2004) comenta que este sentimento é uma compreensão de certo estado do corpo seguido pela percepção de pensamentos, com certos temas, e pela percepção de certo modo de pensar. De acordo com Schmidt *et al.* (2003), nossa cultura tem o pensamento de que o homem deve cuidar de sua mulher e filhos, especialmente como gerador de bens materiais e segurança física, mas isto está mudando, “garantir o sustento não basta”.

Já Tronchin (2006) refere que, nesses últimos séculos, a sociedade busca um novo modelo e estilo de pai. As dificuldades como a falta de carinho, compreensão com os filhos, originadas do pai autoritário, provedor, distante emocionalmente necessitam ser transpostas para se recuperar um homem voltado às questões da paternidade e cuidado, isto é, um pai mais presente.

Segundo Maldonado (2000), o impacto dos movimentos fetal no útero feminino para o homem é, geralmente, muito intenso: surgindo um sentimento de inveja, pela impossibilidade de sentir o feto desenvolver-se dentro de si, como se fosse um privilégio apenas da mulher. Já de acordo com Tedesco (2002), o aparecimento desta inveja, muito frequente e expressa de maneira velada por homens queixosos, de pouca atenção e afeto, é reclamação comum de grávidas e significa a impossibilidade de viver o estado gravídico.

Assim, a mudança cultural evidenciada na atualidade que estabelece legalmente a participação do pai no nascimento da criança traz importantes contribuições e indagações com relação ao exercício dos direitos reprodutivos de homens e mulheres no nosso país. A escolha do apoio do pai da criança ou de uma mulher durante o trabalho de parto e o parto faz parte

das propostas de humanização (CARVALHO, 2003), com base nas evidências científicas que mostram que a presença de acompanhante possibilita segurança emocional à mulher, trazendo benefícios à sua saúde e à do bebê (BERTSCH *et al.*, 1990; DOMINGUES, 2002).

Esta participação facilita a formação de vínculo pai-bebê (KENNELL & KLAUS, 1998; RINGLER, 1996), estando afinada com o gradativo envolvimento dos homens nos cuidados com as crianças. Oferece oportunidade para que pai e mãe compartilhem o nascimento, passagem importante na vida conjugal. Envolve a concepção de casal grávido surgida no nosso país entre intelectuais de classe média (SALEM, 1987), e vem se fazendo presente em instituições públicas com homens de camadas populares, a partir da década de 1990 (DOMINGUES, 2002).

Outrossim, o envolvimento dos pais nos cuidados com os bebês facilita as transformações conjugais que acompanham o nascimento (COWAN, 1988), trazendo consequências benéficas para os próprios homens e para o desenvolvimento das crianças (CORNEAU, 1995; GADOTTI, 1998). Falta aos homens, no entanto, um modelo de pai cuidador, já que foram educados numa relação geralmente distante de seus próprios pais (UNBEHAUM, 2000). Entendendo o papel das instituições sociais na construção do gênero, a inserção dos pais na maternidade pública pode contribuir para a construção da paternidade participante e afetiva.

Estar presente ao parto é também uma forma dos homens se sentirem incluídos no processo de geração da vida que se passa no corpo da mulher (BERTSCH *et al.*, 1990). Constitui uma rara oportunidade de sua inserção na assistência. Os homens não costumam ser foco de atenção nos serviços de saúde, perpetuando a representação da sexualidade masculina dissociada dos cuidados com a reprodução (ARILHA, 1999; FONSECA, 1998). A preocupação com a reversão deste quadro é recente entre os órgãos internacionais, estando presente nos documentos da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 (ARILHA, 1999).

A entrada dos pais na sala de parto surgiu entre famílias nucleares urbanas em países desenvolvidos na década de 1970, com o objetivo da recuperação da afetividade, da valorização da mulher e do resgate da referência familiar, perdidos na passagem do parto domiciliar para a assistência hospitalar. Nas diferentes abordagens, ele pode aparecer como integrante do processo de nascimento, como referência emocional ou ainda como treinador da mulher no parto (SALEM, 1987).

Os poucos estudos encontrados sobre o tema revelam a grande satisfação das mulheres e dos homens, o significado especial da experiência na vida conjugal e a intensidade da emoção vivida pelos homens (BERTSCH *et al.*, 1990; UNBEHAUM, 2000). Recentemente, Michel Odent (2003), antigo defensor desta prática, vem discutindo a dificuldade que um pai ansioso pode trazer ao parto. Apesar de que isto seja possível, sua postura revela uma compreensão preconceituosa dos homens como incapazes de sensibilidade profunda para acompanhar a mulher no parto e, também, a falta de atenção a que os pais estão expostos ao longo desse processo (CARVALHO, 2003).

De forma incipiente, a participação dos pais se faz presente nas instituições onde está implantada a escolha de acompanhante no nosso país, indicando transformações nas relações de gênero, na compreensão de parto e de paternidade (HOTIMSKY & ALVARENGA, 2002). No entanto, na grande maioria das maternidades públicas, este é um momento de grande sofrimento tanto para o pai à espera do parto fora da maternidade (ABREU & SOUZA, 1999), quanto para a gestante internada e solitária (BRITTO e ALVES, 2002).

Embora a indicação da OMS e as leis federais, estaduais e municipais brasileiras preconizem e garantam a participação de um acompanhante de livre escolha da parturiente durante o parto, há tendência à participação, nesse momento, do companheiro ou do pai da criança, como sustenta Carvalho (2003). De acordo com essa autora, a presença do homem tem sido incentivada pelas instituições que permitem a presença dele na sala de parto. Todavia, a crescente participação do homem na situação de parto precisa ser compreendida como expressão de mudanças na constituição da família.

No Brasil, a participação do pai na sala de parto é fenômeno relativamente novo. De acordo com Carvalho (2003), a participação do pai na sala de parto nas maternidades particulares iniciou-se em meados da década de 1980, com os pais da classe média intelectual, sendo essa decisão absolutamente particular, dependendo de como a família e, principalmente, o futuro pai percebia seus próprios desejos e suas necessidades. Vale salientar que tais partos eram realizados em maternidades particulares, em que os pais tinham e têm maior poder de escolha. Já nas maternidades públicas, a participação no trabalho de parto começou a ser permitida e encorajada, a partir da década de 1990, sobretudo, naquelas que buscam atender de acordo com a filosofia do parto humanizado (MOTTA, 2005).

O acompanhante no parto é a pessoa que a própria mulher escolhe para estar ao seu lado durante todo o processo, podendo ser o marido, o namorado, a mãe, a amiga, a irmã ou qualquer outra pessoa com a qual ela se sinta confiante para viver tal experiência. Ele deve ser

apoiado pela equipe de cuidados, para que desenvolva o importante papel de ser quem encoraja, apoia, confirma a mulher na sua vivência da experiência do parto (BRASIL, 2007).

Podemos compreender, portanto, que o parto e o nascimento são essencialmente e a um só tempo atos fisiológicos, acontecimentos sociais, culturais e afetivos da vida das mulheres e das comunidades. Não existe, portanto, justificativa para que as mulheres permaneçam sozinhas nesse momento. Evidências científicas têm comprovado que o apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, diminuindo os índices de cesarianas, de partos complicados, a duração do trabalho de parto, a ocorrência de depressão pós-parto e o uso de medicações para alívio da dor (BRASIL, 2007).

1.5 ASPECTOS POSITIVOS DO RESGATE DA PARTICIPAÇÃO DO HOMEM

O psicanalista Contardo Callagaris explica a angústia do homem contemporâneo com a perda de papéis tradicionais e com a perda do poder. Callagaris afirma ainda que o homem herdou, em especial a partir do século XIX, dois tipos de papel na sociedade. Um deles era o de provedor, representado bem pela figura de terno e gravata, marido e pai de família. O outro era o de aventureiro, alguém eventualmente próximo até de um criminoso. Essas duas figuras representavam quase a totalidade do leque possível da masculinidade (SANTOS, 2009).

O autor assinala que, a partir da metade do século passado, essa situação cômoda começou a mudar. O papel tradicional das mulheres passou por grandes transformações, notadamente no aspecto da dependência econômica com relação ao marido. E o lugar do provedor, que até então era exclusivamente masculino, passou a ser distribuído entre os homens e mulheres. O homem não se justificava mais simplesmente por ser quem dava o sustento à família. E o avanço delas no campo até então masculino não parou por aí. Elas passaram a ser mães solteiras, não só por ação do destino, mas por vontade própria. Assim, outra faceta sobre o papel do homem, o de ter e cuidar de uma família, também caiu por terra.

Segundo Calligaris, antes o lugar de provedor que eles ocupavam, e que até então era exclusivo, funcionava como uma verdadeira moeda de troca. Agora, as mulheres competem por uma posição neste novo cenário. No mercado de trabalho, por exemplo, as mulheres disputam quase em pé de igualdade. O homem agora começa a refletir, passou a não saber mais como se comportar, como “ser homem”. As reações começaram individualmente. Alguns começaram a encarar o risco mortal na prática dos esportes radicais como tudo o que

lhes sobra de virilidade, desejo de aventura, da busca do desconhecido. Há outros que encaram a vida sexual como um lugar onde eles deveriam provar a sua masculinidade.

Callagaris termina concluindo o que os homens querem: “A queixa dos homens é que, agora, elas não têm mais tempo para eles. Que não cuidam mais deles. E a verdade é que eles querem muito é ser cuidados”.

Assim, essa proposta de “abrir” as portas do hospital, quebrando a linha imaginária que separa a comunidade da unidade, tem o propósito de procurar seduzir e atrair este novo homem, para que ele possa acompanhar a sua mulher no parto. Não basta só fazer um convite para que ele participe deste “novo parto humanizado”, temos que cativá-lo. Uma das formas seria criar uma ritualização para o parto, ao modo da monografia clássica de Bronislaw Malinowski: *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. Até este trabalho ser publicado em 1922, os antropólogos evolucionistas viam na pesca um estágio civilizatório que antecederia a agricultura e a sedentarização. Esse enfoque foi duramente criticado pelos antropólogos funcionalistas, entre os quais o próprio Malinowski (BRETON, 1989).

Estudos de Nations & Rebhun (1988) observam que diversos teóricos examinaram a questão de por que certas atividades se tornam ritualizadas, enquanto outras não. Afirma ainda que Malinowski propõe uma relação entre o desempenho de rituais e a ansiedade. Observou que os rituais tendem a ser realizados quando os participantes estão ansiosos a respeito do desfecho dos casos. Para isso devemos nos voltar para outro aspecto da ritualização, o controle simbólico do medo e da ansiedade.

1.6 A RITUALIZAÇÃO DO HOMEM NO PARTO

Os estudos de sociedades de pescadores da região da Polinésia iniciaram já nos inícios da Etnologia, quando os pesquisadores ingleses começaram a fazer ciência com base em trabalhos de campo. Assim, Malinowski, a partir dessa perspectiva funcionalista, estudou a sociedade dos insulares trobriandeses, particularmente o *kula* (troca ritual de bens) realizado no âmbito de suas viagens de navegação entre as ilhas da Polinésia (MALINOWSKI, 1992). Suas análises sobre as funções das crenças religiosas, dos mitos e da magia contribuíram decisivamente para consolidar um novo campo do conhecimento humano: a Antropologia.

Nations (2009) afirma que muitos pesquisadores têm explorado a questão do porquê de certas atividades tornarem-se ritualizadas, enquanto outras não. A autora destaca que Malinowski propôs uma relação entre o desempenho dos rituais e ansiedade. Ele lembrou que

rituais tendem a ser realizados quando os participantes estão preocupados com os resultados das empresas. Em seu famoso exemplo, havia um grande número de rituais elaborados para acompanhar o tempo que eles levavam nas viagens marítimas entre as ilhas distantes, em suas frágeis canoas. No entanto, quando iam pescar bem próximo das margens, eles não sentiam a necessidade de ritual. Os seres humanos são dotados de inteligência e imaginação. Ainda segundo Nations (2009), essa imaginação nos dá a capacidade de prever o que poderia acontecer e, assim, o medo desse porvir.

Criamos tecnologia para controlar a natureza. Sempre que os seres humanos se imaginam podendo controlar a natureza, percebem que lhes falta a capacidade tecnológica para fazê-lo, têm que inventar rituais para funcionar como tecnologia para controlar as forças naturais. Rituais são também utilizados como uma tentativa de controlar as forças sociais. Desde as origens, forças sociais estão ocultas em membros de sociedades, sendo misteriosas e simbólicas, e, portanto, a misteriosa e simbólica "tecnologia" de ritual é usada para controlá-las.

O teorizador deve perguntar sobre que misteriosa e assustadora coisa está a ser controlada por um ritual particular. No nosso caso, a questão é: o que é tão assustador quanto o homem que sente a necessidade de ritualização da sua participação? Em outras palavras, de que forma é que esta simples atitude pode ameaçar a realidade construída pela biomedicina?

Entre os vários aspectos que constituem o particularismo da gente do mar, sobressaem os aspectos simbólicos, mágicos e rituais de que se reveste, em muitas culturas marítimas, a relação homem/mar. Esses aspectos simbólicos variam de cultura para cultura. Enquanto nos países ocidentais, o oceano constitui um objeto de medo e terror, em algumas sociedades do sul do Pacífico o espaço marítimo é o *locus* de vida, um ser vivo com o qual é preciso se conciliar antes de nele se adentrar. As sociedades marítimas do Pacífico, mais do que outras, desenvolveram mitos e ritos relativos ao mar e aos seres vivos que nele habitam. Nas sociedades ocidentais, esses mitos e ritos estão em desaparecimento, do ponto de vista coletivo, mas alguns deles ainda persistem do ponto de vista individual.

De um lado, há os rituais de acesso ao mar, e de outro, os de acesso aos recursos que nele existem. Na Polinésia, por exemplo, o mar está na origem das ilhas e das sociedades. Cada lugar no oceano, cada ilha é marcada pelo aparecimento ou moradia dos ancestrais míticos (GEISTDOERFER, 1989).

Nesta ritualização, o homem tenta controlar o incontrolável: a natureza do mar (sociedade dos insulares trobriandeses) e a natureza da mulher (as maternidades). O ritual vem para controlar este incontrolável simbolicamente.

Tudo vem de uma incerteza, de um incerto, de um desconhecido como é a possibilidade de participar de um parto. O homem é o provedor e o protetor e não pode participar deste parto apenas passivamente. Ele deve não só assistir ao parto, e sim participar ativamente. Não é só dar carinho e no máximo cortar o cordão umbilical, isso é pouco simbólico. Criando o novo papel do homem, ele protege a mulher e o seu filho.

O homem não vai controlar o parto e isso ele não quer, este papel será sempre do médico e de sua equipe. O homem quer apenas o controle simbólico da sua masculinidade. Seria apenas uma espécie de uma territorialidade, é o ninho que ele controla. O novo homem demarca a sua área, que seria um espaço pequeno e sagrado aonde ele vai proteger a sua mulher e a sua cria. Na verdade seria uma simbologia.

O mito da parteira também tinha esse sentido. Antropologicamente observa-se que tem este sentido e esta cultura, pois é um momento incerto: o sexo da criança, malformações, horários, as dores, sangramentos etc. Nada de tecnologia e exames pré-determinados.

Outra ritualização conhecida é o método de parto Bradley, também conhecido como o “parto instruído pelo o marido”. Este método foi desenvolvido nos anos 1940 pelo médico ginecologista americano Robert A. Bradley (BRADLEY, 1981). Baseia-se na filosofia “do parto natural” e abria caminho na participação dos pais durante o processo do parto.

Observamos que Bradley se baseou no comportamento de alguns animais durante o trabalho de parto, mostrava assim a harmonia do funcionamento com o corpo, usando o controle respiratório, a respiração abdominal e o relaxamento completo.

Este método é um curso de doze semanas que ensina aos pais como controlar a dor do parto. Parte de filosofias do parto natural com o marido participando ativamente, auxiliando a esposa a relaxar e usando principalmente as técnicas corretas de respiração. Incentiva os pais a usarem exercícios profundos da respiração e do abrandamento como meios de lidar neste momento.

A técnica de Bradley (1981) igualmente educa pais sobre os estágios diferentes do trabalho de parto. Ao pai é atribuído o papel do “ônibus” durante o processo do parto, mantendo a mãe centrada sobre a tarefa à mão, ajudando com exercícios de respiração e dando a confiança restabelecida. Também o autor salienta a importância dos fatores

ambientais como observar a penumbra, a solidão e o silêncio para tornar assim um parto uma experiência mais natural possível.

Acompanhar uma mulher no momento do parto é permitir que as suas competências naturais para condução desse processo sejam potencializadas. Para isso, é necessário criar um contexto propício, um ambiente físico e de relações, ajustado onde a mulher se sinta autorizada a viver toda a intensidade desse momento (BRASIL, 2007).

Para Maldonado (2000), a presença do pai é de suma importância na hora do rito de passagem do nascimento, pois o casal pode vivenciar junto o nascimento do filho. Não podemos esquecer que o acompanhante é parte integrante do processo e que ele também passará por vivências fortes muitas vezes. Quando o acompanhante é o pai da criança que vai nascer, a experiência pode ser fundamental para ajustamentos na sua relação com a mulher e o bebê. Muitos depoimentos de pais que acompanharam o processo do parto e do nascimento de seus filhos revelam maior participação dos genitores nos cuidados com os recém-nascidos e na valorização de suas mulheres (BRASIL, 2007).

A mulher no estágio final de contração frequentemente sente a necessidade de ficar de pé, de flexionar os seus joelhos, enquanto pendura ao seu parceiro como apoio. Em preparação a este estágio, não temos uma coisa a ensinar – não à mãe, porém ao seu parceiro: nós podemos ensinar como sustentar ou segurar por trás os ombros da mulher em trabalho de parto durante suas últimas contrações, sem ter dores nas costas. O pai do bebê está interessado na perspectiva de uma participação ativa, assim como as outras assistentes (ODENT, 2002).

Odent (2002) ainda nos mostra que, frequentemente, mulheres em trabalho de parto querem ter próximo alguém que elas conheçam e, aparentemente, precisam estabelecer um relacionamento especial com pelo menos uma pessoa durante o trabalho do parto. Em nossa sociedade, essa pessoa é frequentemente o pai do bebê. Contudo, não é sempre o melhor que a mulher tenha seu parceiro perto neste momento. Certos homens têm uma presença benéfica, enquanto outros simplesmente desaceleram o trabalho de parto. Algumas vezes, um homem super-ansioso ficará preocupado e tentará esconder isso falando demais; este falatório poderá impedir que a mulher se concentre no seu trabalho de parto.

Um homem particularmente super-protetor e possessivo também poderá ter um efeito negativo no parto. Ele continuamente massageia, acaricia e segura sua mão que pertence a ele. Ele antecipa as necessidades dela, ao invés de respondê-las. A mulher em trabalho de parto

requer calma, contudo ele só consegue propiciar estimulação. Algumas vezes, os homens acham difícil aceitar e entender o comportamento instintivo da mulher durante o parto.

Ao contrário, eles frequentemente tentam evitar que elas escorreguem para fora do racional, do estado de autocontrole. Não é mera coincidência que, em todas as sociedades tradicionais, as mulheres em trabalho de parto não são assistidas por homens, porém, por outras mulheres que já tiveram seus próprios filhos (ODENT, 2002).

O círculo vicioso com a “dor -> medo -> tensão -> dor” impede o processo fisiológico do parto normal, podendo levar a complicações múltiplas. Já é comprovado cientificamente que o apoio emocional de um(a) acompanhante é eficaz para que a parturiente possa suportar a dor e tensão em meio a sua solidão (JICA/SESA, 2000).

Frequentemente, segundo este autor, o pai está presente durante a cesariana para dar as boas-vindas ao bebê e, usualmente, o bebê estará sendo amamentado dentro de duas horas. A gestante permanecerá com o seu acompanhante, de caráter familiar (marido, mãe, tia ou amiga), durante o trabalho de parto e optará pela presença do mesmo durante o parto. O acompanhante favorece a segurança, diminui a dor, a tensão e o medo (JICA/SESA, 2000).

Em nossos esforços para criar liberdade dentro do ambiente de nascimento, estamos continuamente questionando nossos papéis como profissionais. Em geral, profissionais e representantes da comunidade médica em particular frequentemente inibem muito mais o comportamento dos futuros pais do que uma pessoa leiga o faria (ODENT, 2002). E assim compreendem o parto como uma doença. A mulher adentra a maternidade ficando isolada do mundo. Foi criada assim uma linha imaginária separando a mãe do seu habitat.

1.7 REFERENCIAL TEÓRICO – O ESTADO DA ARTE

Para compreensão do objeto desse estudo, é necessário discorrer sobre seus conceitos centrais, posto que:

[...] toda construção teórica é um sistema, cujas vigas mestras estão representadas pelos conceitos. Esses conceitos são unidades de uma teoria, podendo ser considerados como operações mentais que retratam certo ponto de vista o respeito da realidade, focalizando determinados aspectos dos fenômenos, hierarquizando-os sendo necessários apreendê-los, analisá-los e defini-los como historicamente específicos e socialmente condicionados (MINAYO, 2004, p.92).

Desta forma, os conceitos se tornam um caminho para a construção do conhecimento que se faz mediante outros conhecimentos e sobre os quais se exercita a apreensão, crítica ou a dúvida.

Uchoa (1994) observa que os trabalhos desenvolvidos pelo Grupo de Harvard e, em particular, pelos professores Arthur Kleinman e Byron Good - situados entre os principais representantes da corrente interpretativa em antropologia médica - fornecem os elementos-chave de um quadro teórico e metodológico para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde. Esses trabalhos ressaltam a importância de considerar que as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, só nos são acessíveis por meio da mediação cultural; “a desordem é sempre interpretada pelo doente, pelo médico e pelas famílias”.

A distinção paradigmática estabelecida por Eisenberg (1977) entre a “doença processo” (*disease*) e a “doença experiência” (*illness*) é o elemento-chave desse grupo de estudos. A “doença processo” (*disease*) refere-se às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas, e a “doença experiência” (*illness*), à experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo doente. Nessa perspectiva, a experiência da doença não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo. Considera-se que ela conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir.

Assim, inspirando-se em Geertz (1973), Kleinman (1980) traz um avanço com a contribuição de que a cultura fornece modelos de comportamentos humanos relativos à saúde e à doença. Segundo Kleinman, todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural: *health care system*. Todo “sistema de cuidados em saúde” seria constituído pela interação de três setores diferentes (profissional, tradicional e popular). Cada setor veiculando crenças e normas de conduta específicas e legitimando diferentes alternativas terapêuticas.

Outro grande avanço de Kleinman (1980) aconteceu ao elaborar o conceito de “modelo explicativo” (*explanatory model*) para estudar os traços cognitivos e os problemas de comunicação associados às atividades de saúde. Segundo esse autor, o modelo explicativo é constituído por noções elaboradas a partir de episódios de doenças e em referência aos tratamentos que foram utilizados. Kleinman (1980) distingue “os modelos explicativos” dos profissionais e os “modelos explicativos” utilizados pelos doentes e suas famílias. Esses modelos se enraízam em diferentes setores do sistema médico e veiculam crenças, normas de conduta e expectativas específicas. A grande contribuição desses instrumentos analíticos é

que eles permitem abordar sistematicamente, e em seus aspectos plurais e dinâmicos, o conjunto de valores, crenças e normas de conduta predominantes no campo da saúde.

Uchoa (1994) mostra que o estudo desses modelos explicativos empregados por diferentes categorias de pessoas (profissionais, doentes, famílias e outros) permite uma avaliação da distância que separa os modelos médicos e não médicos, o exame da interação entre eles e a análise dos problemas de comunicação que surgem do encontro entre modelos culturais e modelos médicos durante as atividades clínica, educativa ou de pesquisa. O conhecimento dos modelos explicativos, que predominam em um grupo, facilita a comunicação com os indivíduos desse grupo e permitem a realização de intervenções que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles, duas condições essenciais para o sucesso de qualquer programa de saúde.

Segundo Helman (2003), os antropólogos relatam diferenças evidentes sobre concepção, gravidez e parto entre grupos culturais distintos, e os chamam de sistema de crenças herdado da cultura do nascimento. Descrevem a cultura do nascimento nos mundos industrializados e não industrializados. Exemplificam que, na moderna sociedade europeia e americana, cada vez mais a menstruação, a gravidez, o parto e a menopausa são vistos como condições médicas e, por isso, precisam de diagnóstico e tratamento médicos.

Interessante lembrar que a mulher grávida não é uma paciente, pois ela não está doente, apenas vai ter um bebê. Desta feita, as teorizações de Kleinman auxiliam a interpretação de que o parto biomédico parece estar relacionado com a compreensão da “doença processo” (*disease*). E, portanto, a parturiente passa a ser considerada como um usuário que apresenta uma patologia. Por outro lado, o parto cultural parece estar mais próximo da compreensão de doença experiência (*illness*).

Observamos que algumas mulheres têm medo de entrar em um hospital, pelo fato de que adentrar nele implica na lembrança de ocorrências que foram experiências desagradáveis suas ou de seus familiares (abortamentos, cirurgias, acidentes, contaminações hospitalares) ou por remeterem a perda de pessoas por falecimento. Tais lembranças podem ocasionar na parturiente algum tipo de trauma.

Sob um ponto de vista diferenciado da compreensão médica, a gestação pode ser considerada como um momento cheio de expectativas e exercícios para o que está por vir e, além disso, pode ser vista também como um período no qual relacionamentos passados são re-elaborados, onde há um incessante confronto entre a realização dos desejos e a

possibilidade de reconhecer a nova realidade. Além das mudanças da gravidez encarregar-se do desenvolvimento físico do feto, acontece, no seu psiquismo, a formação da ideia de ser mãe e a construção de uma imagem mental do bebê (FERRARI *et al.*, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), podemos dividir as transformações fisiológicas e psíquicas da grávida em três trimestres: no primeiro trimestre, sentimento de ambivalência, medo de abortar, oscilações do humor (aumento da irritabilidade), e alguns desconfortos como náusea, sonolência, cansaço, dentre outros; no segundo trimestre, introspecção e passividade, mudanças do desejo e do desempenho sexual, mudança da estrutura corporal, percepções dos movimentos fetais e seu impacto (a presença do filho é concretamente nítida); no terceiro trimestre, as ansiedades aumentam com a iminência do parto, manifestam-se mais temores (medo da dor e da morte).

O aparecimento do sentimento de ambivalência é comum nas gestantes, gerando dúvida sobre estar ou não grávida, e mesmo depois da confirmação pode ocorrer uma mistura de sentimentos como alegria, medo e rejeição em alguns casos. Também pode gerar uma fantasia de aborto (MALDONADO, 2000).

Para Tedesco (2002), no terceiro trimestre ocorrem dois eventos de grande importância que é a percepção dos movimentos do feto e do crescimento do útero. Isto altera de modo severo os conteúdos emocionais, pois a grávida, até essa ocasião, sentia o filho como continuidade de si mesmo, e a percepção dos seus movimentos produz uma quebra: o filho passa a ser sentido como ser independente que ela carrega dentro de si, protege e alimenta. O crescimento uterino, prova explícita da gestação, confirma este processo.

Por outro lado, a grávida deve adaptar-se a alterações da imagem corporal. Quando existem obstáculos para esta adaptação, podem gerar reações as mais variadas e que vão desde a depressão até crises de agressividade. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo. Isso significa a necessidade de que os cuidados com relação a esse período devem ir além dos procedimentos clínicos, transcendendo os limites físicos, incorporando a informação e a educação na rotina do atendimento, com vistas à promoção da saúde.

Um fato destacado por Maldonado (2000) refere-se ao impacto dos movimentos do feto no esposo, geralmente, muito intenso: surgindo um sentimento de inveja no homem, pela impossibilidade de sentir o feto desenvolver-se dentro de si. De acordo com Tedesco (2002), o aparecimento da inveja, muito frequente e expressa de maneira velada por homens

queixosos, de pouca atenção e afeto, é reclamação comum de grávidas e significa a impossibilidade de viver o estado gravídico. Exemplo disso é a “couvade”, estado no qual alguns homens apresentam sintomatologia semelhante a da grávida: aumentam o abdômen, sentem cólicas, náuseas, vômitos, etc.

Ainda de acordo com autor citado acima, à medida que se avança para o final da gravidez, a tranquilidade e a serenidade adquiridas vão diminuindo, dando lugar a sentimentos de medo. O temor do parto não diminui, mesmo com todo o avanço obtido.

No decorrer da gestação, o casal constrói imagens, sonhos e esperanças ao redor desse “ser” que eles imaginam com um resto bonito, gordinho, saudável, ativo, perfeito. O nascimento de um bebê doente, com alguma deformidade ou defeito congênito, ou prematuro bem pequeno e frágil, vem desmanchar este sonho, trazendo decepção, sentimento de inutilidade, culpa e medo da perda. Todos estes sentimentos geram estresse e comumente levam ao distanciamento entre os pais e o filho (SILVA & TAMEZ, 2002).

O papel do profissional de saúde é importante no que diz respeito a ajudar os pais a entender que a gravidez é o nascimento da criança, é um momento sublime em suas vidas, transformará sua vida, propondo-lhes um compromisso em longo prazo, devendo ser facilitado pela preparação intelectual, física e emocional (BRANDEN, 2000; ÁVILA, 1998).

O Cirurgião Francês Michel Odent (2002) afirma que em nossos esforços para criar liberdade dentro do ambiente de nascimento, estamos continuamente questionando nossos papéis como profissionais. Em geral, profissionais e representantes da comunidade médica em particular frequentemente inibem muito mais o comportamento dos futuros pais do que uma pessoa leiga o faria.

Para Odent (2002), o saber médico dominante repetidamente cita o “fator de risco” - a legítima preocupação com a segurança da mãe e criança – para justificar a “medicalização por atacado” do processo de nascimento e desacreditar qualquer alternativa, seja eles partos em casa, em casas de partos ou unidades de maternidade no hospital que tem uma abordagem diferente da tradicional, tal como Pithiviers.

Porém, não é ao todo claro que esse enfoque – envolvendo a ampla utilização de sedativos, hormônios artificiais para estimular o parto, anestésias, fórceps e a realização frequente de cesarianas – tenha diminuído o “fator de risco”, uma vez que muitas dessas intervenções médicas introduzem, na verdade, novos riscos. Mas ainda, a ênfase em casos de alto-risco não resolve de maneira nenhuma a situação para a vasta maioria das mulheres que

têm gravidez e partos “normais”. Infelizmente, a maioria dos médicos está mais interessada em doença do que em saúde; eles assumem que a saúde é meramente a ausência de doenças.

Como resultado, doutores e estudantes de medicina frequentemente dirigem-se à obstetrícia somente no que concerne à patologia. Eles gastam a maior parte do seu tempo preparando-se para todas as coisas horríveis que poderiam dar errado durante a gravidez e o parto. Os estudantes aprendem tudo sobre placenta prévia e toxemia aguda, porém, quando chegam a serem doutores, eles aprenderam pouco sobre a fisiologia do trabalho normal de parto e são ignorantes quanto aos fatores perfeitamente comuns que podem vir a modificar o processo, sem que sejam causa para alarmes ou intervenções. O resultado final é que o parto em si, todo o parto, é visto como um problema em potencial (ODENT, 2002).

Segundo Ávila (1998), para ter assimilação do conteúdo teórico informativo lançado, é preciso “examinar e trabalhar as vivências emocionais”. Nesta ótica, não podemos deixar de ver a mulher grávida como um ser biopsicossocial que se relaciona com o companheiro e familiares e que recebe influências do sistema socioeconômico e cultural em que está inserida.

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Os pré-natalistas desempenham um papel fundamental como educadores, proporcionando intercâmbio de experiências e conhecimentos que a ajudarão nessa fase fisiológica que guarda muitas peculiaridades desse jeito, sendo considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

Para Rezende & Montenegro (2006), a gravidez é considerada um episódio fisiológico na vida da mulher. O organismo feminino foi-se lentamente preparado e adaptado ao longo de modificação gerais e locais que levaram a moçada da puberdade à maturidade sexual. Durante o ciclo gravídico, a mulher passa por diversas alterações fisiológicas e psicossociais que afetam profundamente a vida dos pais e da família. As alterações fisiológicas e psicossociais servem para ajudar na adaptação ao estado gravídico, mantê-la saudável durante a gestação e prepará-la para o nascimento do filho (BRANDEN, 2000).

O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde devem estabelecer com as mulheres durante o processo de parturização. Isto compreende: parto como um processo natural e fisiológico que, normalmente, quando bem conduzido, não precisa de condutas intervencionistas; disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade e a insegurança, assim como o medo do parto, da solidão, da dor, do ambiente hospitalar, de o bebê nascer com problemas e

outros temores; respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais; informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo o papel principal da mulher nesse processo, até mesmo aceitando a sua recusa a condutas que lhe causem constrangimentos ou dor.

Destacamos, portanto, a relevância do preparo da mulher para o parto e também para o pré-natal. Observam-se, com isso, requisitos básicos para a promoção do parto normal, sem complicações e com prevenção das principais afecções perinatais. O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez – período de mudanças físicas e emocionais – que cada gestante vivencia de forma distinta (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde considera como condições para uma assistência pré-natal efetiva, a garantia – divulgação sobre a importância do pré-natal - busca precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal – toda gestante comparecer no mínimo seis consultas de pré-natal – realização dos exames de rotina – sistema eficiente de referência e contra-referência, comprovando assim sua eficácia e a redução nas taxas de morbimortalidade.

Conhecemos, no entanto, as dificuldades encontradas pela gestante ao procurar o serviço de saúde para realizar seu pré-natal, deparando-se com a realidade do serviço público. As condições mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde nem sempre são garantidas, o que reflete significativamente na participação das gestantes a esta assistência oferecida.

Conforme Marcon (1997), há um desencontro entre o que é oferecido pelos serviços e o que as gestantes desejam. Em geral, as informações e a forma como é realizada a assistência pré-natal possibilita à mulher um maior controle sobre o parto, com direito à opção fundamentada na escolha formada. Isso deve incluir o direito ao suporte emocional, tendo um acompanhamento de sua escolha no parto, com quem queira compartilhar essa experiência.

O MS preconiza que o preparo da gestante para o parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades, objetivando oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do parto como processo fisiológico, fazendo-a sentir-se como protagonista. Diante dessa premissa, é de se esperar que as instituições que assistem a mulher promovam um atendimento saudável com informes pertinentes ao processo da evolução da gravidez, parto e nascimento. A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados (BRASIL, 2001).

Rezende e Montenegro (2006) enfatizam que o pré-natal se constitui como um dos melhores momentos para aquisição das informações necessárias para essa fase. Assim, a partir do momento em que os profissionais de saúde passam a considerar os sentimentos e as emoções, as necessidades e mesmo os valores culturais da mulher, estes firmam com ela uma relação de confiança.

Conforme Largura (2004), a mãe deve receber esclarecimentos e conhecimentos que irão beneficiá-la quanto às noções de anatomia e fisiologia, desenvolvimento do feto, cuidados durante a gestação, parto, puerpério, aleitamento materno e cuidado com o recém-nascido. O parto preparado tem como objetivo geral permitir à parturiente treinada participar com lucidez e a ela seu organismo foi-se lentamente preparando e adaptando ao longo de modificações cooperação na experiência do nascimento do filho.

O movimento de preparação para o parto e para a maternidade tem como um dos objetivos básicos “humanizar” o processo do nascimento, hoje tão mecanizado e dissociado de seu contexto emocional. O profissional que pretende trabalhar de forma humanizada precisa estar preparado para lidar com a gravidez e a família com afeto, atendendo e entendendo estas pessoas, favorecendo e deixando que elas desempenhem o papel de personagens principais no ciclo grávido-puerperal. Para isso é necessário trabalhar com a gestante com exercícios próprios para cada etapa da gravidez, com o relaxamento e com os exercícios respiratórios (BRASIL, 2001).

Nessa linha de pensamento, e segundo os manuais do MS, o objetivo principal do preparo da mulher e seu acompanhante é favorecer que o trabalho de parto seja vivenciado com mais tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento da família.

Quanto ao local de funcionamento dos grupos de preparação, o horário, as chamadas, o funcionamento, as técnicas de trabalho, a duração e a composição, estes variam de acordo com a realidade de cada população e suas necessidades. Entre as diversas informações que a gestante necessita receber, estão as orientações a respeito do trabalho de parto e do pós-parto.

A participação do homem no trabalho de parto é também reconhecida como fonte de apoio à parturiente, propiciando benefícios aos resultados perinatais (KLAUS, KENNEL & KLAUS, 1993). Algumas pesquisas (CARVALHO, 2003; SOUZA PINTO, 2001; KLAUS, KENNEL & KLAUS, 2000) demonstram ainda que para as mulheres a participação do pai

do bebê durante o parto significa fonte de apoio importante e que as parturientes avaliam a companhia dele de forma positiva, pois traz sensação de segurança e conforto.

De maneira geral, a participação de um acompanhante escolhido pela parturiente é reconhecida pela OMS (1996) e pelo MS (BRASIL, 2001) como fator que promove saúde física e psíquica à parturiente. No entanto, a participação do pai ainda sofre limitações institucionais (CARVALHO, 2001; SOUZA PINTO, 2001), não sendo fenômeno comum a todas as maternidades brasileiras.

1.8 OBJETIVOS

1.8.1 Objetivo geral

- Investigar o impacto do parto humanizado, com a participação do pai, no parto em um hospital público no nordeste brasileiro.

1.8.2 Objetivos específicos

- Resgatar o modo cultural de parturição na comunidade e o papel do homem no pré-parto, no parto e no pós-parto, historicamente praticada no Ceará;
- descrever o modelo de parturição e o papel do homem no pré-parto, parto e pós-parto praticada atualmente no hospital antes da intervenção;
- otimizar em um hospital público a intervenção da humanização no parto por meio da participação do pai;
- confrontar e avaliar os dois modelos de parto hospitalar com o pai ausente e hospitalar com o pai presente, no intuito de criar um modelo do pai no parto humanizado.

2 ARTIGO 1: CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

PAI NO PARTO: ACONCHEGO DO HOMEM OPERÁRIO NO NASCIMENTO DO FILHO EM HOSPITAL PÚBLICO DA PERIFERIA DE FORTALEZA-CEARÁ

Resumo

Esse estudo antropológico no Hospital Gonzaga Mota – Messejana, Fortaleza-CE, de agosto de 2009 a julho de 2010, objetiva descrever a nova tecnologia “*Parto Que Te Quero Perto*”. Criada para engajar o homem cearense operário no parto e promover a justiça de gênero, avalia o impacto da intervenção na qualidade do atendimento obstétrico e cuidado familiar. Foi realizada observação-participante de dez casais “grávidos” durante a trajetória hospital — “*O Percurso do Parto*”— e gravadas narrativas da experiência. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 73 informantes-chave: homens da comunidade, funcionários e profissionais. Comparando o impacto antes e depois, detectamos diferença no acesso do pai ao hospital público, nos preconceitos sobre a dominância masculina, no seu medo de enfrentar o parto e no cuidado familiar. Uma nova construção da masculinidade, do “*homem-companheiro*” e “*pai-cuidador*” está emergindo na periferia de Fortaleza-CE. Concluiu-se que a nova tecnologia “*O Parto Que Te Quero Perto*” incentiva a presença do pai afetivo no processo do parto, humanizando o cuidado obstétrico em ambiente hospitalar no nordeste brasileiro.

Palavras-chave: Pai; Parto Humanizado; Construção da Masculinidade; Antropologia Médica.

Father at birth: comfort of male laborers during delivery in a public hospital on the fringes of Fortaleza, Ceará, Brazil

Abstract

From August 2009 to July 2010, this anthropological study was undertaken to describe the new health technology, “*Birth Wanting You Nearby*,” at the Gonzaga Mota Hospital of Messejana in Fortaleza, Ceará, Brazil. Created with the aim of engaging male workers in childbirth and promoting gender equity, this intervention is evaluated for its impact on the quality of obstetrical services and family caregiving. Participant-observation of ten “pregnant” couples was conducted during the entire hospitalization--“*The Childbirth Pathway*” — and narratives of the experience were recorded. Semi-structured interviews were conducted with 73 key informants: neighborhood men, staff and professionals. A pre-post-intervention comparison, revealed differences in fathers’ access to the public hospital, prejudicial attitudes about male dominance, in his fear of experiencing childbirth and in family caregiving. A new construction of manhood--that of “*helpmate*” and “*caring father*”--

is emerging on the outskirts of Fortaleza, Ceará. It is concluded that the new “*Birth Wanting You Nearby*” technology encourages the father’s affective presence in childbirth, thus humanizing obstetrical care and hospital environment in Northeast Brazil.

Key words: father; humanized childbirth; construction of manhood; medical anthropology; new health technology.

2.1 Introdução

O nascimento do filho — evento singular na vida — tornou-se artificial e desumano¹, cercado de processos técnicos, nos hospitais públicos brasileiros. Na década de 1950, objetivando reduzir a mortalidade materno-infantil, o país institucionaliza a assistência ao parto no âmbito hospitalar. Em 2009, 2,1 milhões de partos foram realizados nas maternidades do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo 670 mil por cesárea² — procedimento médico-cirúrgico realizado em salas esterilizadas. “*Dar a luz*” — um espetáculo da natureza — perde seu brilho, a mulher grávida deixa de ser sujeito da ação, tornando-se objeto³, e seu parceiro foi banido do hospital e do nascimento do filho por rígidas normas institucionais. “*A experiência do parto deixou de ser um evento feminino, doméstico e fisiológico, passando a ser dominado pelo médico e vivido num hospital, sob ponto de vista patológico*”, critica Santos⁴.

Pautada no modelo hegemônico⁴, e sua racionalidade de biologismo, fragmentação e mecanicismo, o parto virou um processo patológico¹. Na década de 1970, com a reformulação das universidades brasileiras, a capacitação de não-médicos no parto normal coube exclusivamente às escolas de enfermagem. Com a formação da enfermeira-obstétrica, a parteira é expurgada de “pegar menino” nas maternidades⁵. A mulher grávida transfigura-se numa passiva “parturiente” e o pai virou “um corpo inconveniente”, barrado do hospital — uma injustiça de gênero⁶. O parto medicalizado tornou-se uma “*decepção*”, não a gloriosa “*concepção imaculada*” imaginada, ironiza a feminista Suzanne Arms⁷.

Entretanto, surgiram fortes contra-forças históricas, socioculturais e, recentemente, políticas resistentes à “expropriação biomédica”⁸ do corpo feminino e medicalização do nascimento. No Ceará — terra de povos indígenas — há uma tradição do parto de cócoras ou sentado, assistido pela parteira em casa, no seio familiar⁹. Desde 1970, o visionário obstetra Galba Araújo valorizou esse parto cultural no programa de Atenção de Saúde Básica — homenageado pela OMS, em 1983, no encontro sobre “Parto Humanizado” em Fortaleza. A base técnica deste parto foi reforçada, em 1985, pelo Projeto Luz da JICA¹⁰. Em 2003, a Política Nacional de Humanização vem resgatando a ética do cuidado humano¹¹ na assistência

obstétrica brasileira³ como direito reprodutivo do usuário-cidadão⁸. O direito ao acompanhante no parto foi uma conquista, regulamentada em 2005 pela Lei Federal 11.108. A Política Nacional do Homem vem em 2009, para impulsionar os direitos da saúde do homem brasileiro que continuava excluído do parto nos hospitais públicos e da experiência do nascimento do filho.

Indagamos: como favorecer o acesso do homem ao parto na viabilização de seus direitos? Como prepará-lo para acompanhar e apoiar a mulher no parto? Qual o papel do pai “grávido” na sala de parto? Como cultivar competências masculinas, contribuindo no cuidado da família e da casa? Para ampliar o acesso do homem cearense de baixa renda ao hospital público, encorajar sua participação no parto e resgatar o cuidado familiar à mulher e recém-nascido, cria-se, junto à equipe do Hospital Gonzaga Mota de Messejana (HGMM), a intervenção “*Parto Que Te Quero Perto*” — uma inovadora tecnologia de saúde. Desde sua implantação, em julho de 2009, mais de mil homens cearenses participaram do nascimento — seu direito de cidadão.

Portanto, objetivamos descrever, detalhadamente, a intervenção “*Parto Que Te Quero Perto*”, criada para engajar o pai no parto, promovendo a justiça de gênero. E, também, avaliar o impacto da intervenção na qualidade do atendimento obstétrico no hospital público no nordeste brasileiro, na óptica dos atores sociais — usuários e profissionais de saúde — afetados pela transformação inédita no nascimento humano.

2.2 Metodologia

De julho de 2009 a agosto de 2010, esse estudo antropológico foi realizado num hospital público de atenção secundária de Fortaleza-Ceará, nordeste brasileiro. A cidade é marcada por concentração de renda, desigualdades econômicas e segregação social¹². A distância média entre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres aumentou de 13,3% para 18,7%, de 1991 a 2000. Pacientes vistos como “criminais suspeitos” sofrem violência simbólica num hospital público¹³. A violência urbana eleva a taxa de homicídios — 35,4% do total de habitantes em 2006¹⁴.

Fundado em 1986, o hospital é localizado na periferia de Fortaleza, sendo especializado no atendimento materno-infantil, e seu serviço obstétrico é o mais procurado no estado. Em 2010, foram realizados 500 partos/mês. Apesar das tentativas desde 1997, a

instituição somente adotou estratégias para melhorar a qualidade do atendimento em 2008¹⁵.

No segundo momento, desvelamos o que batizamos “*O Percurso do Parto*”, seguindo dez “casais grávidos” durante toda trajetória hospitalar - desde o pré-natal, chegada à recepção, internamento, trabalho de parto, parto, alojamento conjunto e retorno domiciliar com o recém-nascido.

Selecionaram-se homens maiores de 18 anos; com companheira no último trimestre gestacional; com um filho da mesma companheira; não tendo participado do parto anterior e com intervalo máximo de cinco anos. As mulheres desses homens selecionados foram entrevistadas. O perfil sociodemográfico desses casais revela que, na maioria, são jovens. A idade dos homens varia entre 20 a 42 anos, média de 30,5. As mulheres de 23 a 35 anos, média de 27,4. A maioria (60%) dos homens completou a 1ª série do ensino médio; 40% a 2ª série. Mais mulheres (70%) completaram a 1ª série do que homens. Os homens (90%) são provedores, sustentando suas famílias pelo trabalho braçal, baixa remuneração e longas jornadas de serviços. São (40%) trabalhadores da construção civil; os demais são vigilante, motorista, vendedor, técnico-eletrônico e guia turístico. Um homem é desempregado. A maioria das mulheres (90%) é cuidadora da família. Apenas uma é costureira. Sete encontravam-se na segunda gestação, uma na terceira, uma na quarta e uma na quinta.

Guiados por roteiro aberto e perguntas norteadoras¹⁶, explorou-se o universo cultural e simbólico durante “*O Percurso do Parto*”. Incentivou-se a narrar livremente sua experiência vivida com uma pergunta disparadora: “*Como observa a participação do homem no parto?*”. As narrativas de Kleinman¹⁷ foram suscitadas durante o percurso. Reconstruímos o pensar desses casais antes, durante e depois do parto. Narrando na sua voz, permitiu-se ao informante expressar sua visão, os acontecimentos e experiências pessoais. Com vínculo de empatia, aproximamo-nos da realidade social e intimidade dos casais. Algumas observações foram filmadas. Foram, também, realizadas entrevistas semiestruturadas com 73 informantes-chave: obstetra(8), enfermeiro(7), fisioterapeuta(4), nutricionista(3), psicólogo(4), assistente social(10), técnico de enfermagem(5), porteiro(6), recepcionista(6), cozinheira(2) e homens da comunidade(15).

As narrativas foram gravadas, transcritas, organizadas e codificadas. Sob pano de fundo teórico de leituras, analisamos seu conteúdo¹⁸. Emergiram temáticas como: experiência de estar com a mulher no pré-natal, parto, alojamento conjunto e em casa, relação com os profissionais, práticas de cuidado e a re-inclusão do homem. Produziram-se duas descrições etnográficas densas¹⁹, da experiência do nascimento: um antes da implantação da nova

tecnologia e outro depois. Baseado nas narrativas do primeiro nascimento do “casal-grávido”, com pai ausente, dos homens da comunidade que nunca tinham participado do parto e dos outros informantes-chave do hospital, foi construída a descrição pré-intervenção. A etnografia pós-intervenção foi composta pelas narrativas dos casais por ocasião do segundo parto e em visitas domiciliares depois da alta e de informantes-chave. Junto, produziu-se uma descrição densa da experiência vivida no parto, no hospital público no nordeste brasileiro.

A pesquisa, fundamentada nos princípios éticos, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovada no Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, protocolo nº 09-449. Atribuíram-se nomes fictícios aos participantes.

2.2.1 “Parto Que Te Quero Perto”: intervenção humanizada

Em julho de 2009 foi implantado o “*Parto Que Te Quero Perto*”, engajando o homem cearense na experiência de nascimento do filho. As reivindicações das gestantes, sentindo-se desamparadas pelos companheiros, estimularam a criação da intervenção humanizada — um direito. Embora haja o desconhecimento da Lei Federal 11.108/2005¹¹, já existia o direito determinado ao acompanhante no parto.

Baseado na etnografia, foi criado, ritualizado e instituído “um espaço legítimo” para o homem no parto, garantindo sua participação — o “Encontro dos pais”. O rígido horário de consulta pré-natal e de visita hospitalar foi ampliado até a noite, acomodando-se ao expediente do operário. Agora, sem demissões ou faltas no trabalho, os “*pais grávidos*” vêm do serviço — fardados e fadados — participar das oficinas mensais, preparando-se para o parto. Após o expediente, os profissionais – obstetra, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, assistente social e enfermeira – também estenderam seus horários, dedicando-se à programação noturna voluntariamente. Compartilham seu conhecimento técnico sobre a gestação e fisiologia do parto, motivando os casais com vídeos, simulações, massagens, exercícios e postura da parturição mais confortável, como também discutem regras hospitalares, direitos e deveres do paciente²⁰. Em clima descontraído, no final da oficina, a equipe distribui bolo entre os casais, celebrando o nascimento.

Evitando o embargo do homem que acompanha sua mulher à Emergência, a entrada, congestionada e despersonalizada, foi substituída por uma exclusiva e aconchegante, para recebê-los. O homem é convidado a internar-se com a mulher, vestindo bata, autorizando sua

presença. Para diminuir a ansiedade durante as horas do parto, foi desenhado um espaço tranquilo, arborizado e aberto. Agora, o homem relaxa a esposa, aliviando as contrações uterinas, andando livremente, balançando no cavalinho ou na bola obstétrica, dando carinho, massagens e banhos. Ao contrário do costume em casa, o homem cuida da mulher, servindo-lhe alimentos do hospital.

Para empoderar o homem no parto, ele assume a realização de tarefas específicas, cruciais e desafiadoras. Nada de ficar encostado na parede, observando o filho nascer, ele torna-se membro da equipe obstétrica. Além de incentivar as novas práticas — massagear, acariciar, alimentar, passar creme e pentear os cabelos — foram, também, ritualizadas, tornando o cuidado da esposa na hora do nascimento um papel de direito. Outros procedimentos — competência e domínio do obstetra — foram “desapropriados” dos profissionais e “re-distribuídos” ao pai.

Num gesto simbólico de equidade de *status*, o pai, agora, secciona o cordão umbilical e coloca a identificação no bebê. Permanece na enfermaria, com mãe e bebê, até a alta. No “*Cantinho do Banho do Bebê*”, o cearense aprende a dar banhos, trocar fraldas e tratar o umbigo. Dorme ao lado da cama da mulher e do berço do filho, acordando com seu choro, levando-o para amamentar. Vestido com bermuda e sandálias confortáveis, cuida da nova mãe: troca curativo, ajuda na alimentação e deambulação. O pai documenta o registro civil no cartório dentro do hospital — antes tarefa no centro da cidade. Na alta, o homem apoia a mulher, carrega o bebê nos braços e leva para casa. Celebra o “*banho do mijo*” — ritual de brindar o nascimento do filho regado à cachaça — cuida da mulher, do recém-nascido, dos outros filhos e da casa.

2.3 Resultados

2.3.1 Experiência antes do “Parto Que Te Quero Perto”

Antes da intervenção, os cearenses entrevistados não participavam do parto, desconheciam a legislação e direitos de acompanhantes. Embora homens da comunidade tenham observado a placa “*Centro de Parto Humanizado*”, na parede do recém-construído anexo do HGMM, a maioria não sabia o significado das palavras. Um pai, perplexo, lê: “*P-a-r-to—h-u-m-a-n-i-z-a-d-o (...) não sei o que é! (...) Não entendi nada!*”

O acesso do homem ao hospital - antes do “*Parto Que Te Quero Perto*”- estava embargado. A experiência de assistir ao filho nascer — algo emocionante e significativo na vida — foi negado pelas normas hospitalares: “*Quando a mulher chegava, entrava logo.*

Homem não! (...) só vinha no outro dia visitar”, explica Tiago, 31, vigilante.

Outro morador seguiu as regras institucionais: deixou a mulher no portão do hospital, foi trabalhar esperando telefonema sobre o nascimento do filho. Era apenas visitante depois do parto: *“Não sabia de nada sobre parto. Estava trabalhando. Esperando nascer para visitar”*.

Embora barrados na entrada, outros *“pais-grávidos”*, como Silvio, 42, motorista, tinha vontade de ver o filho nascer, mas as regras não autorizavam: *“Não participei, não! A moça me mandou ir embora. Tinha vontade, mas não podia! Só entreguei a roupa da minha mulher à enfermeira e pronto”*.

Vicente, 38, servente, queria assistir ao parto, sua empresa não o liberou: *“Fui trabalhar quando minha mulher foi pro hospital (...) Não participei, mas gostaria que a empresa liberasse.”*

Outro informante tinha curiosidade de acompanhar a esposa no parto, mas foi impedido seis vezes!: *“Não participei de nenhum dos partos da minha mulher (...) Não sei como é! Mas, ia ser bom, né?”*. Embora barrados, fora do hospital, os *“pais-grávidos”* não desgrudavam da futura mãe. De longe, *“viviam”* o parto na imaginação. Ficavam aflitos ao pensar na mulher sozinha na sala: *“Não estava a par da situação (...) pensava muita coisa (...) estava doido para saber como era o rosto da minha filha”*.

Enquanto esperava uma notícia, Júnior, 28, vendedor, estava em casa, tentando se distrair: *“Fiquei em casa arrumando o quarto do bebê. Imaginava como estava minha esposa. Ligava para saber se tinha nascido”*. As esposas nervosas, também, reclamavam do embargo do marido no hospital: *“Entrei sozinha. Não podia entrar acompanhante. Fiz um escândalo, chorei. Não podia ficar ninguém!”*.

Profissionais, julgados *“preconceituosos”*, protestavam a presença paterna no parto. Esse território é *“reino”* exclusivo do obstetra, revela um plantonista: *“O médico é quem faz o parto!”*. Encarando o parto como processo biológico — igual a qualquer animal — uma cozinheira do hospital exclui o homem do acontecimento *“animalesco”*: *“Porque o homem tem que ver o parto da mulher? Você já viu um cavalo vendo o parto de uma égua? Já viu um galo vendo uma galinha botar um ovo?”*.

Múltiplos são os motivos do profissional para barrar o homem. Uns alegam que falta

conhecimento necessário dos procedimentos técnicos: *“Alguns médicos tinham receio de que os pais não entendessem alguns procedimentos (...) atrapalhariam tudo!”*. Outros acusam esse trabalhador braçal de ser uma fonte de contaminação e risco de infecção hospitalar: *“São sujos e suados (...) podem contaminar tudo!”*. A recepcionista alerta: *“Os homens trazem riscos de infecção. O pai é mais uma pessoa para se preocupar (...) para levar contaminação, são sujos.”* Alegam que esse homem, “favelado” e de baixa-renda, é uma ameaça ao funcionamento da instituição: *“Os homens não obedecem às regras do hospital”*. Devido a sua “agressividade”, o profissional *“é contra o pai no parto, sim!”*, afirma uma enfermeira. Teme o nervosismo do pai, caso ocorra complicação na hora do parto, prejudicando seu desempenho técnico, alerta um plantonista: *“São nervosos e grosseiros!”*. Seu perfil “violento” pode, ainda, ameaçar a segurança do médico, alerta a psicóloga: *“O pai fica na sala de espera ouvindo sua mulher sentindo as dores do parto. Fica nervoso por não saber o que está acontecendo. Age violento e agressivo (...) ameaça o médico!”*. No extremo, o “pai-grávido” foi estigmatizado como um risco até para a sobrevivência do recém-nascido: *“Têm profissionais que acham que o homem é um risco para o próprio filho!”*, desvela uma enfermeira.

Um forte preconceito da dominância masculina, do “machismo”, do cearense *“cabra macho”* — que inferioriza a mulher — é presente no discurso dos informantes, inclusive do próprio homem. Comparado ao animal não-domesticado *“leva fama de ser um cara completamente descontrolado sexualmente, um bicho, não pode ver uma fêmea na frente (...) já pula em cima!”* brinca o motorista da ambulância. Ele não é só *“dono da palavra”*, mas também, “dono” do corpo feminino, objeto sexual, ali presente, para satisfazer exclusivamente seu desejo sexual. Ver outro homem — o obstetra — tocar o corpo da esposa, suas partes íntimas, é uma afronta, uma ofensa à honra e dignidade do homem — o legítimo *“dono”*. *“Como é que vou ver uma criança passar por um local [a vagina] que era só meu? Só quem tinha acesso era eu!”*, reclama um usuário que disse *“ter nojo”* do parto. Há maridos que ficam *“apreensivos”, “injurados”* e *“raivosos”* só em imaginar o obstetra examinando sua mulher nua e fazendo o “toque vaginal” — procedimento para avaliar a progressão do parto. Esse exame é uma “invasão” do seu território, sua propriedade privada, como explica o porteiro do hospital: *“É constrangedor ver o obstetra fazer o exame (...) é difícil um homem ver isso na sua mulher”*.

O receio do homem, após o puerpério, é perder o “tesão” ou “desejo sexual” pela mulher, vendo sua genitália dilatada e lacerada pela passagem do bebê. Um pai explica:

“Pode o homem perder o desejo sexual pela mulher, sim senhor, ao vê-la nua na hora do parto. Alguns só ficam nus no escuro (...) Então, imagina no parto a reação dele!” Ainda mais radical, o parto pode “dessexualizar” a mulher para sempre!: *“Depois do parto a mulher não serve [sexualmente] mais! O parto acaba com ela (...) fica tudo frouxo, né?”*

A incerteza do desfecho do parto, o medo da morte materna, frequente historicamente na região, e o desconhecimento biológico-reprodutivo conspiram para amedrontar o homem cearense. Falar do parto gera ansiedade e medo exagerado, afastando-o do hospital. Pai-grávido e guia turístico confirma: *“O povo fala muito. As pessoas têm medo do parto (...) te fazem medo! Dizem que a mulher chora, grita, faz escândalo, né? Têm homem que não pode ver sangue (...) passa mal!”*. Embora admitindo que a presença masculina “fortaleça” a mulher, não participam devido “ao nervosismo”, “constrangimento” e “medo”. Dizem que “o cabra-macho” fica afeminado. José, 24, desempregado, concorda: *“O homem não gosta de sangue. Não ia aguentar, né? Ia desmaiar!”* Os amigos lhe chamam de “fresco” e “medroso”. Um musculoso policial foi mais longe: *“Ficar ao lado da mulher é coisa de boiola [homossexual]. Parto é coisa de mulher, viu? Homem que é homem, o nordestino de verdade, não é disso, não!”*

2.3.2 Experiência depois do “Parto Que Te Quero Perto”

Após a remoção das normas hospitalares restringindo o acesso do homem, o perfil do usuário mudou perceptivelmente. Agora, o “pai-grávido” faz parte do cenário. O vigilante observa: *“A quantidade de homem aumentou muito (...) Eles têm interesse em acompanhar a mulher”*. Reclamando da superlotação no hospital, a cozinheira enfatiza: *“O número de homens nos corredores aumentou. Tem muita gente. (...) É certo, mas atrapalha (...) É gente demais!”* Embora o “pai-grávido” admita que “essa novidade” de internar-se com a gestante “é coisa difícil e séria” e “um momento complicado”, posteriormente, valoriza a experiência única da vida: *“Entrar com ela foi demais.(...) Tive proximidade maior. Temos que estar perto. A família é tudo. Nunca vou esquecer o parto do meu filho (...) foi pra vida toda!”*

Há uma transformação na atitude e comportamento “machista” do homem no nascimento. Longe da estereotipagem de “tosco”, “animal” ou “bruto”, novas masculinidades estão em construção na periferia de Fortaleza. Dizem haver uma “quebradeira na casca dura” dos cearenses “grosseiros”. O estigma que afastava o homem do parto mudou: *“O programa mudou esse homem grosseirão! Quebrou o preconceito!”*.

Eugênio, 29, pintor, alega que depois de vivenciar a chegada da filhinha sente-se um *“homem novo que deixou a casca grossa para traz!”* Orgulha-se da transformação interna que viveu: *“Aprendi a ser mais sensível, companheiro, dar proteção!”* Para outros participantes, era difícil modificar seu “modo-de-ser”; exigia um esforço profundo: *“Não é fácil o homem deixar de ser cabra-macho e ficar ao lado da mulher!”*. Precisa primeiro *“criar coragem”*. Kael, 36, gari, explica: *“Pronto, agora, ele é homem, pois criou coragem, né? Agora, pode chamar de macho (...) corajoso (...) pronto para qualquer parada!”*

Junto à esposa na sala de parto, pais reconhecem como *“foi importante a dor do parto”*. Admitem que a dor da contração uterina *“não é brincadeira”* e que a mulher sofre, tanto no parto quanto na recuperação. Passando pela *“prova de fogo”*, o novo pai ganha respeito. Na óptica popular, transforma-se o *“cabra-medroso”* num *“cabra-corajoso”*, *“sensível”*, *“solidário”*, *“companheiro”*, *“consciente”*, *“paciente”*, *“homem forte”*, *“macho mesmo”*, *“macho de verdade”* ou, simplesmente, *“Homem com H maiúsculo!”*. Uma psicóloga percebe que o programa começou a desconstrução cultural dos preconceitos sobre o cearense: *“Quebrou a barreira (...) tirou o estigma de que cabra-macho não chora”*.

Como a *“coluna que sustenta a casa”*, o pai é o acompanhante mais valorizado pela maioria das gestantes em trabalho de parto. Acreditam que a presença paterna *“dá apoio”*, *“conforto”* e *“proteção”* no ambiente hospitalar. Kátia, 34, dona-de-casa, confia na força do marido para aliviar as dores do parto: *“A presença dele é reconfortante. Passa confiança, apoio e segurança. É melhor com ele.”*. Outra gestante concorda: *“A presença do meu marido é uma coisa bonita, um fator de apoio (...) o amor é tudo isso!”*. O próprio “pai-grávido”, também, percebe a mudança no comportamento masculino: *“Agora minha mulher tem seu porto seguro!”*, dividindo o esforço físico com a esposa durante o parto.

Citando o dito popular: *“Onde tem homem, mulher não trabalha!”*, um vigilante do hospital aposta na força masculina: *“O homem é disposto no auxílio de força (...) a força bruta (...) levanta a mulher da cama, leva o bebê para mamar!”* A técnica de enfermagem percebe, agora, que o pai compartilha a dor com a parceira: *“O programa quebrou a ideia que a mulher tem que sofrer sozinha. A dor é compartilhada”*. O obstetra Timóteo apoiou o desempenho ímpar do novo membro da equipe médica: o pai. Na hora delicada, incerta e íntima do parto, ele é indispensável: *“Com o marido de lado, ela se sente mais protegida (...) dá mais confiança. Tudo corre melhor.”*

Com a ritualização de tarefas paternas na sala de parto, o medo e ansiedade do pai “de primeira viagem” são controlados. Dominado, simbolicamente, o desfecho incerto do parto, ele supera seu medo. Concentrando em executar novos rituais — acariciar a mulher, cortar o cordão umbilical e colocar a pulseirinha no recém-nascido — o pai minimiza a ansiedade. Como personagem, é protetor — não dominador — da família. O homem chora, a emoção é forte: *“Ao cortar o cordão tive uma grande emoção (...) chorei (...) Não consegui dormir de tanta excitação!”*, relata um pai. Outro realça a simbologia desse ritual: *“Esse pai cortando o cordão simboliza a união da família, o amor pela sua mulher”*. Igualmente, a obstetra, Milena, percebe essa aceitação: *“Acho interessante (...) ele naquele momento em que a criança desliga-se do corpo da mãe e inicia sua vida. Devemos recebê-lo de braços abertos!”*.

O medo acerca da troca ou roubo de recém-nascidos nos hospitais é controlado com o ritual da colocação da pulseira no filho — a primeira identidade do recém-nascido. É o pai que identifica seu bebê, protegendo-o do mundo. Quando Mário, 33, servente — com mãos calejadas — delicadamente coloca a pulseirinha no filho, sente alívio: *“É importante saber que não vão trocar. É meu filho mesmo!”*. Outro pai concorda: *“A pulseira colocado pela gente não tem dúvida, não tem perigo de trocar”*. Ele dá o nome ao filho, escrito em letras visíveis na pulseira de plástico — para o mundo ver.

O novo “pai-cuidador”, que aprendeu no programa a valorizar e cuidar da sua mulher, orgulha-se: *“Aprendi dar mais valor a ela, cuidar mais (...) cuidar do filho.(...) Aprendi a ser pai!”*. Mesmo tendo estudado apenas dois anos, Raimundo percebe a melhora no cuidado depois de engajar-se no parto: *“O relacionamento com minha esposa mudou pelo carinho de ter visto o nascimento do meu filho”*. Outro pai concorda: *“Vamos ficar mais próximos.”*. No “resguardo”, o pai-cuidador traz felicidade ao lar, ficou *“mais próximo da mulher e do menino”*, dando carinho ao bebê e ajudando: *“Agora, em casa, é só alegria, só festa! Ficamos mais felizes! (...) É o carinho com a esposa, ajudar nos problemas domésticos (...) cuidar dos meninos!”*

Os homens percebem o impacto da nova tecnologia *“Parto Que Te Quero Perto”* na estrutura familiar e transformação social: *“A gente vai ver daqui a dez anos o benefício do programa (...) quando esse bebê crescer no meio da família unida!”* Nas visitas domiciliares, foi frequente encontrarmos o pai em atitude antes ditas femininas, banhando e trocando fraldas, como se emociona Ivana: *“Nunca tinha visto meu marido cuidando do filho, ajudando em casa, né?(...) Não é mais só cachaça (...) também tem a família!”*. O novo “pai-

cuidador”, agora, associa o tradicional “*banho de mijo*” no bar da esquina ao cheiroso “*banho do bebê*” no quarto de casa.

2.4 Discussão

A participação do acompanhante escolhido pela parturiente é reconhecida pela OMS²¹ por promover saúde física e psíquica. No entanto, essa participação tem limitações institucionais⁸. A partir de 2005, a presença de um acompanhante antes, durante e após o parto é garantida pela Lei 11.108¹¹, sendo um “sinal verde”, autorizando sua presença no parto.

O programa “*Parto que te Quero Perto*” do HGMM revolucionou o papel do pai/companheiro no parto na periferia de Fortaleza-CE, nordeste brasileiro. Embora a partir da década de 1990, a concepção de “casal grávido” ganhe popularidade no Brasil, entre intelectuais de classe média²², nas instituições públicas é recente⁸. O cearense — alvo de estigma, preconceito e exclusão — para “*participar do parto*” foi necessário “derrubar” as paredes do hospital. Abrimos as portas até, então, fechadas e acolhemos — “*de braços abertos*”. Para Nations e Gomes¹³, o ato do profissional em “*receber bem*” o paciente é competência humana fundamental para comunicação clínica afetiva, na óptica do usuário-cidadão do SUS. A inserção do pai suscitou mudanças no “percurso do parto” onde sua participação foi autorizada, legitimada e abençoada pelos gestores e funcionários da instituição.

Desmistificaram-se as estereotipagens culturais atreladas ao seu gênero e condição de pobreza. Como nordestino, operário e de baixa renda, nossos informantes-pais sofrem de injustiças e preconceitos de classe⁸. São rotulados “*agressivos*”, “*violentos*”, “*sujos*” e “*descontrolados sexualmente*” — verdadeiras ameaças ao ambiente hospitalar — pelos profissionais, funcionários e até pelos vizinhos. Romper essa visão culturalmente construída não é fácil.

Porém, os resultados de Katz e Alegria²³ são animadores ao quebrar a estereotipagem do homem nordestino “*grosseiro*”. Nesse estudo de comunicação clínica nos Estados Unidos, os autores demonstraram “flexibilização” na atitude preconceituosa do médico sobre seu paciente e vice-versa. Baseado nesse achado, parece-nos possível, também, a transformação da imagem pejorativa do homem cearense. Paulo Freire²⁴ nos lembra que toda mudança implica, em si mesma, uma constante ruptura da inércia e da estabilidade. Buscamos, portanto, dar fim à inércia e construir uma nova masculinidade do “*homem-parceiro-pai*”.

Observa-se o companheirismo paterno, permanecendo ao lado da sua mulher, massageando, acariciando e auxiliando na deambulação e transformando a dor “*insuportável*” numa “*dor compartilhada*”. Ao contrário do “*cabra macho que não chora*”, o pai no parto expressa emoções fortes — preocupação, ansiedade, choro e felicidade. Sente bravura ao passar por esse desafio e surpreende-se com a força da mulher, antes desconhecida. Agradece ao hospital e a Deus pelo momento ímpar — um sonho — de testemunhar, de corpo presente, o nascimento do filho, jamais sendo mero expectador.

O medo do homem diante do parto — “*essa coisa de mulher*” — limita seu engajamento. O universo reprodutivo da mulher parece-nos bastante desconhecido ou de pouco interesse para os homens entrevistados. Constatou-se, ainda, nos discursos, o medo masculino de ver a genitália feminina dilatada pela cabeça do bebê e o fluxo sanguíneo saindo da mulher. Essa ideia provoca medo, nojo e repulsa, já relatada por Gomes *et al.*²⁰ em conversas com pacientes.

Para o antropólogo Malinowski²⁵, o medo, a incerteza e a ansiedade que o homem experimenta quando navega “o mar” desconhecido é controlado pelos rituais. Tenta dominar as incertezas da vida que não são capazes de controlar com a tecnologia.

No Ceará, Nations e Rebhun²⁶ revelaram curandeiros populares, mistificando o uso do soro caseiro na tentativa de controlar a morte infantil, que tanto amedrontava o país. Portanto, corroboramos com Michel Odent²⁷, é possível, sim, o homem nordestino superar o medo do parto.

Observou-se que o medo do desconhecido diminuiu à medida que os casais grávidos enfrentam as incertezas do misterioso parto hospitalar. Durante o “Encontro dos Pais” trocam experiências com outros casais. Ao longo da gravidez, apropriam-se do conhecimento biomédico sobre a anátomo-fisiologia do corpo feminino durante a gestação e parto. Antes da chegada do bebê, visitam o Centro Obstétrico, conhecendo o local estranho e a equipe médica desconhecida. O “Encontro dos Pais”, enfim, concretiza a paternidade na mente e alma de cada casal.

Ao contrário das práxis educativas autoritárias e impositivas²⁸, o programa “*Parto que te Quero Perto*” desmistificou a gravidez como doença e o nascimento como um procedimento técnico. Contextualizou o nascimento como fisiológico, natural e milagroso. Para amenizar o medo paterno, criaram-se rituais, como a secção do umbigo e a colocação da pulseira. Praticando esses comportamentos ritualizados, a ansiedade é controlada

simbolicamente. Abafando o pânico, o “pai-grávido” aproxima-se da mulher e do bebê. Ao contrário, Bertsch²⁹ argumenta que o pai novato se afasta da mulher na sala de parto — tocando-a com menos frequência e se ausentando do local por mais tempo — à medida que as contrações uterinas intensificam. Como último ritual, o obstetra dá ao casal a sua melhor prescrição médica: viver intensamente o momento¹¹ único e feliz da vida.

A transfiguração do homem cearense é pautada na “Ética Humana do Cuidado” de Boff³⁰. Ele aponta “a com-paixão radical” como um dos cuidados essenciais ao ser humano. Sensibiliza-se o homem a perceber-se grávido, “*compartilhando*” essa condição com sua companheira. Seu espírito de “entrar na pele” da mulher e dividir a dor e sofrimento contagiou a equipe hospitalar. A capacidade do homem-operário romper a estereotipagem do “*cabra-macho que não chora*” teve um “efeito gerador”, desencadeando mudanças. Profissionais abandonaram sua atitude acomodada de “*bater-ponto-ir-embora*” ao cumprir o expediente. Inspirando-se na “com-paixão” dos “pais-grávidos”, a equipe abraçou a filosofia do “pai no parto”. Realizaram, voluntariamente, oficinas em expediente noturno, tornando-se defensores públicos do empoderamento paterno.

Embora os “pais-grávidos” desconhecessem epidemiologia, previram o impacto mais significativo da nova tecnologia “*Parto que te quero perto*”: a solidificação da família. O envolvimento paterno fortalece o vínculo familiar. Na volta para casa, o pai transcende o “*banho de mijo*”, praticando, também, o “*banho do bebê*”. Cuida do recém-nascido, dos outros filhos, da mulher e da casa.

A gravidez e o nascimento são compartilhados como experiência familiar, incrementando e aprofundando o relacionamento conjugal³¹. Esse “*pai-cuidador*” emerge na periferia de Fortaleza. Aquele pai não-participativo transforma-se em cuidador como se observou nas visitas domiciliares. Antes, quem imaginaria encontrar um soldado fardado banhando, cuidadosamente, seu filho em água perfumada numa banheira cor de rosa? Há evidências qualitativas que uma nova configuração familiar está nascendo. Essa visão inédita de “*pai-cuidador*” corrobora com Odent²⁷: “*para mudar o mundo é preciso mudar primeiro a forma de nascer!*”

Essa nova tecnologia valorizou o papel paterno como fonte indispensável de afetividade e carinho para a parturiente ao longo do “percurso do parto”. Argumenta-se que o acompanhamento tem efeito benéfico — como um potente profilático — relaxando a gestante, diminuindo a dor e apressando o nascimento. Embora a presente avaliação epidemiológica do impacto clínico esteja em fase inicial, estudos caso-controlé³²⁻³³ confirmam o efeito positivo

do apoio de acompanhantes leigas e *doulas* no parto.

Num hospital na Guatemala — similar ao HGMM - primíparas no início do parto (dilatação cervical 1-2 cm) receberam o apoio emocional contínuo durante o parto. Uma senhora desconhecida e leiga acompanhou a mulher-grávida, segurando a mão, massageando as costas e conversando, entre outros gestos de afetividade. Apesar da falta de laço afetivo pré-existente e treinamento prévio, Sosa *et al.*³⁴ observou que as mulheres apoiadas — em comparação ao grupo controle — tiveram menos problemas no parto. A média de trabalho de parto foi reduzida na metade (8.7 horas) comparando com gestantes sem apoio (19.3 horas). Kayne, Greulich e Albers³² relatam o impacto positivo do apoio contínuo de *Doulas* principalmente em jovens, nulíparas, pobres em hospitais públicos sem privacidade e visitas restritas. A presença da *doula* torna o ambiente hospitalar menos estressante, diminuindo a ansiedade materna e promovendo um parto mais eficiente.

O papel do pai nessa nova tecnologia é aliviar a ansiedade da gestante, passando um clima de tranquilidade e usando sua força “*bruta de macho*” para enfrentar as dores das contrações uterinas. Espera-se, em futuras pesquisas, demonstrar um impacto positivo da presença masculina no parto. Devido à forte laço afetivo entre a gestante e seu parceiro — “*a coluna da casa*”- espera-se visualizar maior impacto, comparando ao apoio proporcionado por uma acompanhante feminina³⁵. Enquanto esperam-se dados de impacto clínico do “*Parto que te Quero Perto*”, seria uma incongruência filosófica^{3,27} e uma violação dos princípios do SUS^{20,28} o homem cearense ser excluído desse cenário.

2.5 Conclusão

Existem desafios a serem enfrentados pelo programa “*Parto que te Quero Perto*”, ainda em construção. Para incluir o homem nordestino no parto, é necessário mudar o paradigma de atendimento hospitalar e quebrar as normas institucionalizadas de exclusão da parturição. Isso requer um confronto, nada simples, com a estrutura de poder e relações de gênero historicamente constituídas na sociedade cearense. Essa transformação exige tempo, diálogo entre o usuário-cidadão e profissional, e uma avaliação crítica contínua. Deu-se o passo inicial com essa tecnologia em saúde inovadora no longo caminho de mudanças para a sociedade e, conseqüentemente, para família.

O processo inovador, num hospital público, torna-se lento e frustrante. Para “agilizar” a implantação e facilitar sua aceitação, é necessária ousadia dos gestores e abertura

para ouvir a voz crítica dos atores sociais em cena — principalmente do “pai-grávido”. As vozes na experiência do nascimento, tanto do casal quanto do obstetra, desvelam resistências populares e violências estruturais que ameaçam o sucesso da tecnologia. Com retroalimentação de ideias, sugestões e críticas do usuário-cidadão, o profissional consciente e o gestor comprometido podem aprimorar esse modelo.

O “útero contraído” da instituição hospitalar — repudiando o homem operário de baixa renda — está “dando luz” a essa tecnologia em saúde. Com a institucionalização do “*Parto que te Quero Perto*”, o parto renasce no Ceará. A inclusão do homem cearense no parto humaniza o cuidado obstétrico e revitaliza a qualidade do atendimento no hospital público no nordeste brasileiro.

2.6 Referências

- 1- Cutolo *et al.* Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. Arquivos Catarinenses de Medicina, Vol. 35, no. 4, 2006.
- 2- Neuman, C. Brasil faz mais que o dobro de cesarianas que o recomendado. In: www.r7.com, em 13 de junho de 2010 (acessado em 10-ago-2010).
- 3- Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: DF, 2001.
- 4- Santos, ML. Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- 5- Osawa, RH *et al.* Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. Rev Bras Enferm, v. 59. n.5. 2006.
- 6- Das V, Keinman A, Ramphele, M, Reynolds, P. Violence and Subjectivity. (eds). University of California Press: Berkeley, Los Angeles, London. 2000.
- 7- Arms, S. Immaculate Deception: A New Look at Childbirth in America Boston: Houghton Mifflin, 1975.
- 8- Carvalho, MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

- 9- Paciornik, M. O parto de Cócoras (Aprenda a nascer com os índios). São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.
- 10- Secretaria Estadual de Saúde. Manual do Parto Humanizado. Fortaleza, 2000.
- 11- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Visita aberta e direito a acompanhante / Núcleo Técnico da PNH. 2. ed. – Brasília: DF, 2007.
- 12- Bernal C. Cidade extrapola seus limites. Disponível em: <http://adm.noolhar.com>>. Acesso em 20/Out/2010.
- 13- Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública 2007.
- 14- Waiselfisz, JJ. Mapa de violência dos municípios brasileiros. Brasília: Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2008.
- 15- Ministério da Saúde. Manual do programa nacional da humanização à mulher. Assistência Hospitalar PNHAH. Brasília: DF, 2002.
- 16- Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: ABRASCO, 2004.
- 17- Kleimann A. The illness narratives. New York: Basic Books Inc, 1988.
- 18- Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2007.
- 19- Geertz, CA. Interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989.
- 20- Gomes, AMA *et al.* Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. Interface, vol.12, no.27. Botucatu. Oct/Dec.. 2008.
- 21- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.
- 22- Salem, T. O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária. Ed. FGV. Rio de

Janeiro. 2007.

23- Katz, AM, Alegria M. The clinical encounter as local moral world: Shifts of assumptions and transformation in relational context. *Social Science & Medicine*. 2009.

24- Freire, P. *Educação e mudança*. 22. ed. São Paulo: Paz & Terra;, 1998.

25- Malinowski B. *Argonauts of the Western Pacific*, Illinois: Waverland Press, 1992.

26- Nations, MK, Rebhun, LA. Mystification of a simple solution: oral rehydration therapy in northeast Brazil. *Soc Sci Med*, Vol 27, No 1, 1988.

27- Odent, M. *O Renascimento do Parto*. Florianópolis: Ed. Saint Germain, 2002.

28- Gomes, AMA, Nations MK, Luz MT. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. *Saúde Soc*. 2008.

29- Bertsch, TD. Labor support by first-time fathers: Direct observation. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1990.

30- Boff, L. *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

31- Maldonado, MTP. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva. 2000.

32- Kayne, MA, Greulich, MB, Albers, LL. Doulas: an alternative yet complementary addition to care during childbirth. *Clinical obstetrics and gynecology* 2001.

33- Kennell, JH, Klaus, M, McGrath, S. *et al*. Continuous emotional support during labor in a U.S. hospital: A randomized controlled trial. *JAMA*. 1991.

34- Sosa, R, Kennell, JH, Klaus N. *et al*. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *N Engl J Med*. 1980.

35- Madi, BD, Sandall, J, Bennett R. *et al*. Effects of female relative support in labor: A randomized controlled trial. *Birth*. 1999.

3 ARTIGO 2: SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

PAI OPERÁRIO NO PARTO: IMPLOÇÃO DE ESTIGMAS E CONSTRUÇÃO DE NOVAS MASCULINIDADES NA PERIFERIA DO NORDESTE BRASILEIRO

Resumo

Este estudo antropológico contribui para a ciência do estigma, buscando investigar a vivência do homem nordestino durante o pré-natal, parto e pós-parto, observando estereótipagens e estigmas vivenciados com a “plasticidade dos preconceitos”, num hospital público em Fortaleza-Ceará-Brasil. De agosto de 2009 a julho de 2010, a pesquisa foi conduzida no Hospital Gonzaga Mota de Messejana, com 10 casais “grávidos” durante a trajetória hospitalar – “*O Percurso do Parto*” e com 73 informantes-chave: homens da comunidade, funcionários e profissionais de saúde do hospital. Utilizou-se observação-participante e entrevista semiestruturada e os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo. Constatou-se uma imagem do homem nordestino como “*machista, grosseiro e insensível*”, e a exclusão do pai no parto por ser “coisa de mulher”. Depois da tecnologia do “*Parto Que Te Quero Perto*”, foi perceptível a mudança ou “plasticidade dos preconceitos” nessas caricaturas do homem cearense de baixa renda. Conclui-se que, valorizando e viabilizando a participação do pai como acompanhante durante o processo de assistência ao parto, pode-se enfrentar os preconceitos, desmontando estereótipos, estabelecendo um novo cenário de atenção à saúde, onde novas relações sociais são estimuladas e o estigma se desfaz.

Palavras-chave: Nordeste brasileiro; Estigma; Pai; Parto Humanizado; Antropologia Médica.

3.1 Introdução

No Nordeste brasileiro, os homens são estereotipados como fortes, independentes, violentos (mesmo com suas companheiras e mulheres em geral), valentes e que não levam desaforo para casa (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2003). Este estigma de “*matriz machista*” representa o homem dessa região, que exerce sua masculinidade pautada em grande parte na imagem do “cabra macho”, que não pode ser frouxo, pois será rebaixado socialmente (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2003).

Neste tipo de sociedade machista, onde a dominância masculina existe, o homem não consegue ver a importância da sua participação no parto. Ele acha que isso é “*assunto e coisa de mulher*” (MALDONADO, 2000).

Além deste aspecto, a institucionalização do parto favoreceu ainda mais o afastamento do homem. Até a metade do século passado os partos ocorriam no domicílio e mesmo que a maioria dos homens não assistisse ao parto, estavam próximos e podiam ver o filho logo após o nascimento (OBA & TAVARES, 1996). A hospitalização favorece a separação da gestante de sua família, tornando-a propriedade da instituição (OSAVA, 1997). Transforma o nascimento num processo artificial e complexo, fazendo com que pais e mães se sintam cada vez mais incompetentes e despreparados para o parto⁵. Este aspecto é reforçado pela atitude de muitos profissionais da saúde, que “coisificam” o paciente (ESPÍRITO SANTO, 2000).

A participação não pode sofrer preconceitos. O pai de baixa renda ainda sofre preconceitos, estigmas e limitações institucionais (CARVALHO, 2003). A antropóloga britânica Mary Douglas (1966) argumenta que o estigma é simbolicamente construído quando identidades pessoais são associadas metaforicamente com imagens impuras, poluindo a essência moral da pessoa.

Entretanto, na contramão desse processo, em 2006, surge o movimento da "Nova Ciência do Estigma", estabelecendo a construção de um arcabouço conceitual e uma base de evidências intervencionistas para reduzir a discriminação e a exclusão social (KEUSCH, WILENTZ & KLEINMAN, 2006). Emergem, no Brasil, em meados de 1980, mudanças no âmbito histórico, sociocultural e político, confrontando os preconceitos do parto (CARVALHO, 2003).

No âmbito público, este processo teve início na década de 1990, sobretudo, nas maternidades que buscam atender de acordo com a filosofia do parto humanizado (CARVALHO, 2003). Este movimento, em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), culminou na criação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003 (BRASIL, 2007). Esta política veio resgatar a ética do cuidado humano na assistência obstétrica no Brasil como direito reprodutivo do usuário-cidadão (BRASIL, 2002). Diante deste avanço, em 2005, é regulamentada a Lei Federal 11.108 que garante a presença de acompanhante no parto¹³. Embora direito estabelecido por lei, ainda é desconhecida da população (BRASIL, 2007). O homem ainda continua embargado.

Indaga-se, portanto, como favorecer a superação do estigma, de estereotipagens, quanto ao acesso do homem cearense de baixa renda ao hospital público, ao parto e à viabilização de seus direitos? Como prepará-lo para enfrentar os conflitos com os profissionais da saúde para acompanhar e apoiar a mulher durante o parto? Como construir uma tecnologia da inclusão do homem nordestino na ambiência hospitalar? Que tecnologias podem ser utilizadas para implementar a participação do pai no parto natural e resgatar o cuidado familiar à mulher e recém-nascido?

Para superar os estigmas do homem nordestino, os pesquisadores criaram uma nova estratégia para garantir os seus direitos reprodutivos e promover a justiça de gênero no parto. Nasce o programa “*Parto Que Te Quero Perto*” no Hospital Gonzaga Mota de Messejana (HGMM). Neste hospital, o homem, acompanhante-pai-marido, é inserido através desta nova tecnologia obstétrica, na tentativa de resgatar o parto como um momento familiar e natural. Desde sua implantação, em julho de 2009, mais de mil homens cearenses participaram do nascimento, exercendo seu direito de cidadão. Diante desta nova realidade instituída no HGMM, buscou-se investigar a vivência do homem nordestino durante o pré-natal, parto e pós-parto, observando as estereotipagens e estigmas vivenciados com a “plasticidade dos preconceitos” num hospital público em Fortaleza.

3.2 Método

Estudo antropológico realizado no período de agosto de 2009 a julho de 2010, em hospital público de atenção secundária, localizado na periferia de Fortaleza (2.500.000 habitantes), servindo mais de 600.000 moradores nas redondezas. Especializado no atendimento materno-infantil, seu serviço obstétrico é o mais procurado e movimentado no estado. A cidade é marcada por concentração de renda, desigualdades econômicas e segregação social (BERNAL, 2010). A distância média entre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres aumentou de 13,3% para 18,7%, de 1991 a 2000. Pacientes vistos como “criminais suspeitos” sofrem violência simbólica num hospital público (NATIONS & GOMES, 2007). A violência urbana eleva a taxa de homicídios - 35,4% do total de habitantes em 2006 (WAISELFISZ, 2008).

Fundado em 1986, o HGMM emprega 650 funcionários, sendo 200 profissionais da saúde. Em 2010, foram realizados 500 partos/mês. Apesar das tentativas desde 1997,

a instituição somente adotou o parto humanizado e a visita aberta - estratégias para melhorar a qualidade do atendimento - em 2008 (BRASIL, 2002).

No primeiro momento, desvelamos o que batizamos “*O Percurso do Parto*”, seguindo dez casais “grávidos” durante toda trajetória hospitalar - desde o pré-natal, chegada à recepção, internamento, trabalho de parto, parto, alojamento conjunto e retorno domiciliar com o recém-nascido.

Selecionaram-se homens maiores de 18 anos; com companheira no último trimestre gestacional; com um filho da mesma companheira; não participado do parto anterior e intervalo do parto anterior de no máximo cinco anos. As mulheres dos homens selecionados foram entrevistadas. O perfil sociodemográfico desses casais revela que, na maioria, são jovens. A idade dos homens varia entre 20 a 42 anos, média de 30,5. As mulheres de 23 a 35 anos, média de 27,4. Os casais convivem no mesmo domicílio, apenas 20% casado oficialmente. A maioria (80%) mora em Fortaleza; 10% em Caucaia e 10% em Beberibe, ambos, Ceará. A religião mais frequente (70%) é católica; 30% evangélicos. A maioria (60%) dos homens completou a 1ª série do ensino médio; 40% a 2ª série. Mais mulheres (70%) completaram a 1ª série do que homens. Os homens (90%) são provedores, sustentando suas famílias pelo trabalho braçal, baixa remuneração e longas jornadas de serviços. São (40%) trabalhadores da construção civil; os demais são vigilante, motorista, vendedor, técnico em eletrônico e guia turístico. Um homem (10%) é desempregado. A maioria das mulheres (90%) é dona-de-casa e cuidadora da família. Apenas uma (10%) é costureira. Sete dos dez casais na segunda gestação, um na terceira, um na quarta e um na quinta.

Guiados por roteiro aberto e perguntas norteadoras (MINAYO, 2004), explorou-se o universo cultural e simbólico durante “*O Percurso do Parto*”. Incentivou-se a narrar livremente sua experiência vivida com uma pergunta disparadora: “*Como observa a participação do homem no parto?*” As narrativas da enfermidade de Kleinman (1988) foram suscitadas durante todo o percurso. Reconstruímos, caso a caso, o pensar desses casais grávidos antes, durante e depois do parto. Narrando na sua voz, permitiu-se ao informante expressar sua visão, os acontecimentos e experiências pessoais, como é prevista na narrativa. Com um vínculo de empatia, aproximamo-nos da realidade social e intimidade dos casais.

A observação-participante foi enriquecida e validada no encontro dos pais, internamento do casal, parto, banho do bebê e na interação familiar no domicílio. Algumas observações foram filmadas. Complementando essas narrativas, entrevistaram-se informantes-chave: obstetra(8), enfermeiro(7), fisioterapeuta(4), nutricionista(3), psicólogo(7), assistente

social(10), técnico de enfermagem(5), porteiro(6) recepcionista(6) e homens da comunidade(10).

Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo (BARDIN, 1979). Após leituras repetidas das transcrições, os dados coletados nessa pesquisa foram categorizados de acordo com as etapas, percepções e o percurso utilizado, com o objetivo de analisar o que aconteceu durante toda a trajetória do casal. Assim foi dividido em duas descrições etnográficas densas (GEERTZ, 1989): o preconceito do homem nordestino no parto e a “plasticidade do preconceito” após a intervenção. Baseado nas narrativas do primeiro nascimento do casal-grávido —com pai ausente— dos homens da comunidade que nunca tinham participado do parto e dos outros informantes-chave do hospital, foi construída a descrição pré-intervenção. A etnografia pós-intervenção foi composta pelas narrativas dos casais, por ocasião do segundo parto e em visitas domiciliares depois da alta, e de informantes-chave. Comparamos o discurso a cerca de estigmas, estereotipagens e preconceitos antes da intervenção com aqueles detectados depois, focalizando na sua transformação.

O sigilo e o anonimato dos informantes foram garantidos, e o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* assinado, de acordo com *Resolução nº. 196/96* do CNS/Ministério da Saúde, Brasil. Aprovado no Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, protocolo nº 09-449. Atribuíram-se nomes fictícios aos participantes.

3.2.1 “Parto Que Te Quero Perto”: intervenção humanizada

Em 28 de julho de 2009, foi implantado o “*Parto Que Te Quero Perto*”, objetivando engajar o homem na experiência de nascimento do filho. As reivindicações das gestantes, sentindo-se desamparadas, estimularam a criação da intervenção humanizada. Embora o estado e os gestores do hospital desconheçam a Lei Federal 11.108/2005 (BRASIL, 2007), já existia o direito ao acompanhante no parto. Para superar essa exclusão, os pesquisadores criaram estratégias operacionais para quebrar as barreiras estruturais, estigmas sociais e preconceitos culturais.

Baseado na etnografia preliminar, abre-se “um espaço legítimo” para o homem-pai no parto. Um papel, valorizando a voz e gestos paternos, é criado, ritualizado e instituído, garantindo a participação masculina no parto. O rígido horário de consulta pré-natal e de

visita hospitalar é ampliado até a noite, acomodando ao expediente do homem operário. Sem ser despedido ou faltar trabalho, participando nas oficinas mensais e preparando-se para o parto. Após o expediente, os profissionais, obstetras, fisioterapeutas, psicólogos, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, assistente social e enfermeira, também estenderam seus horários de atendimento, dedicando-se à programação noturna voluntariamente. Compartilham seu conhecimento técnico sobre a gestação e fisiologia do parto, motivando os casais com vídeos, simulações, massagens, exercícios de respiração e postura da parturição mais confortável. Discutem as regras e normas hospitalares e os direitos e deveres do paciente. Num clima descontraído, no final da oficina, a equipe de profissionais parte um bolo com os casais celebrando o nascimento humano.

Evitando o embargo do homem que acompanha sua mulher à Emergência, a entrada, congestionada e despersonalizada, foi substituída por uma exclusiva e acolhedora, construída para receber o casal. O homem é convidado pela recepcionista a se internar juntamente com a mulher, vestindo uma bata amarela autorizando sua presença. Para diminuir a ansiedade durante as longas horas do trabalho de parto, é desenhado um espaço tranquilo, arborizado e aberto. O homem relaxa a esposa aliviando as contrações uterinas, andando livremente, balançando no cavalinho ou bola obstétrica e dando carinho, massagens e banhos. Ele cuida da mulher, servindo alimentos do hospital, ao contrário do costume.

Empodera-se o homem diante dos profissionais de saúde na sala do parto, a nova tarefa dele é estimulada, ritualizada e até “desapropriada”. Ele pratica, junto à esposa, rituais de cuidar: massagear, passar creme e pentear os cabelos, dar alimentos, beijar, acariciar, ajudar a levantar. Procedimentos, antes do domínio do obstetra e enfermeira, passaram a ser “apropriados” pelo pai, que agora secciona, “corta” o cordão umbilical e coloca a pulseira de identificação no bebê. Permanece no “alojamento conjunto”, com mãe e bebê, até a alta hospitalar.

No “Cantinho do Banho do Bebê”, o pai orgulhoso aprende dar banhos, trocar fraldas e tratar o umbigo. Dorme ao lado da cama da mulher e do berço do filho, acordando com o choro do bebê. Leva o recém-nascido ao peito para amamentar. Vestido com bermuda e sandálias confortáveis, cuida da nova mãe: troca curativo, coloca vestimentas, dá alimentação e ajuda na deambulação. O novo pai registra o nascimento do filho, numa celebração da família, no cartório dentro do hospital, antes uma árdua tarefa feita no centro da cidade congestionada. O homem sai do hospital apoiando sua mulher, no puerpério, carregando o bebê e levando a tiracolo a bolsa de

fraldas em cores pastéis com aplicações de animais. De volta para casa, além de celebrar o “banho do mijo”, ritual de brindar o nascimento do filho regado à cachaça, o novo pai é incentivado a cuidar da mulher, do recém-nascido, dos outros filhos e da casa.

3.3 Resultados

Emergem preconceitos sobre o homem cearense e sua participação no parto, em hospital público de Fortaleza-CE. Esses julgamentos preconceituosos sobre a masculinidade e seu papel na reprodução humana são construídos culturalmente no mundo local — nas ruas e nas casas da periferia — marcado pela desigualdade social. São fabricados, também, no corre-corre diário do hospital público, uma instituição governamental caracterizada pela superlotação, alta produtividade e poder político. Apesar das normas, regras e procedimentos que ordenem o ambiente hospitalar, as estereotipagens aparecem sutilmente durante as interações íntimas, nos gestos velados e nas entrelinhas das falas com diversos atores sociais: amigos da rua, esposas grávidas, vigias do hospital e obstetras na sala do parto, entre outros.

Cada estereótipo configura caricaturas singulares, padronizadas e folclóricas do homem nordestino, carregadas de significados culturais e sociais. Essa imagem pejorativa ancora-se em características físicas, traços étnicos, condição econômica, caráter moral e competência de cuidar. Durante todo o “*percurso do parto*”, emergiram evidências etnográficas de inúmeras estereotipagens do cearense, tais como: “*bicho feio*”, “*machista*”, “*durão*”, “*desprezativo*”, “*medroso e fraco*”, “*germe perigoso*”, “*possessivo*”, “*cabeça quente*” “*inconveniente*”, “*pedra bruta*” e “*namorador*”. Cada adjetivo — e sua conotação pejorativa — estigmatiza, desmoraliza e o exclui da participação no parto do filho. Depois da implantação do “*Parto Que Te Quero Perto*”, é perceptível uma mudança ou “plasticidade” nessas caricaturas preconceituosas do homem cearense de baixa renda. Embora incipiente, essa nova construção da masculinidade foi observada em todos os tipos de informantes entrevistados.

A seguir, uma descrição etnográfica dos preconceitos sobre o homem antes de seu engajamento no programa e entrada livre no hospital, sala de parto e alojamento conjunto. A “plasticidade do preconceito” nas falas e nos gestos após a intervenção é comparada logo em seguida.

3.3.1 Preconceito do homem nordestino no parto

No linguajar, o homem é rotulado negativamente a partir de seu fenótipo. Visto como *“bicho feio e barrigudo”* e como *“pinguço”* devido ingerir bebida alcoólica. O hospital não é ambiente para este tipo de pessoa. Silvio, 42, motorista afirma: *“Meus vizinhos são baixos, tem cabeça grande e chata”*. Timóteo, 40, eletrônico confirma: *“São tudo truncadinho, pescoço grosso”*, referindo aos fortes traços genéticos de antepassados indígenas. *“São homem feios que enchem a cara (...) uns pinguços, vivem no bar”*.

Descrevem os homens como machistas e dominadores. Um forte preconceito da dominância masculina, do *“cabra macho”* — que inferioriza a mulher — é presente no discurso dos informantes, inclusive do próprio homem. Comparado ao animal irracional *“leva fama de ser completamente descontrolado sexualmente, um tarado, um bicho, não pode ver uma mulher na frente (...)já pula em cima!”* brinca o motorista da ambulância. Quem tem fama de *“macho”* é estigmatizado como *“ignorante e insensível”*, sentindo-se sexo forte. Esse homem *“machista”* submete sua mulher ao seu desejo, impondo com violência emocional e física. Tiago, 31, vigilante, define: *“O homem é machista, não leva nada a sério!(...) São ignorantes e insensíveis!”*. Arlindo, 30, servente de construção, informa existir vários tipos de machistas: *“Uns responsáveis, outros não fazem nada e os que tratam mal a mulher”*. José, 24 anos, desempregado, alega que a companheira é a vítima dessa *“fama de macho”* complementando que *“os homens são grosseiros e perversos. Não dão valor a suas mulheres. As esposas deles conversam com a minha mulher e ela me fala.”*

A percepção é do homem como ser *“durão”*, *“sem sentimento”*, *“quase uma pedra”* e *“incapaz de sensibilizar com o parto”*. Vanessa, 26, grávida do segundo filho, pensa: *“O homem é muito desamoroso, não sei se sente alguma coisa”*. No homem, o parto não necessita de carinho, visto que é comum aos animais: *“Não tem diferença entre o parto do animal e do ser humano, é tudo igual”*. Chama a mulher de *“prenha”* e filho de *“macho ou fêmea”*. Outros destacam: *“O parto de um animal e de uma criança é a mesma coisa, a diferença é que do animal é natural. A mulher tem hospital e médico, o animal não”*. Uma cozinheira do hospital choca-nos: *“O cavalo não fica vendo a égua parir. O galo não fica vendo a galinha por o ovo. Então, o homem não precisa ver sua mulher parindo”*.

Um fator impeditivo da participação é o homem não se sentir parte. Não tem coragem de assistir, acredita não precisar ver a mulher parindo, desprezando o momento. Um porteiro do hospital declara: *“Não tem nada a ver o pai no parto”*. Vicente, 20, carregador de cimento, diz: *“Os homens cearenses não querem participar no parto (...) é coisa de mulher”*.

Entretanto, esse homem que se traveste como “*durão*”, “*insensível*” e que renega o parto, quando convidado a entrar, perde essa “*disposição de macho*” e paradoxalmente emerge um “*medo de ver sangue*”.

Outro estereótipo foi o que define o homem com um ser “*medroso, fraco e sem coragem*”, portanto não capacitado para assistir ao parto. Júnior, 28, pintor, não participou por medo: “*Eu não tenho nem vontade. Tenho medo (...) passo mal*”. No imaginário popular passa a ideia do parto como traumático e assustador. Kael, 28, guia turístico, afirma: “*É porque falam muito, as pessoas têm medo e te fazem medo, dizem que a mulher chora, grita (...) tem pessoas que não podem ver sangue*”. Assim, o homem, antes forte e “*machão*”, acaba estigmatizado como sendo “*mole*”, “*cabra-frouxo*” e “*calça-frouxa*”.

A percepção do profissional estigmatiza o homem como um fator de contaminação do ambiente do parto, como corpo estranho, tão perigoso como uma bactéria responsável pela infecção hospitalar. Caracterizam o homem com atributos pejorativos: “*imundo*”, “*suado*”, “*doente*” e “*desleixado na aparência*”. Atrelados a condição de pobreza, trabalhador braçal e risco de doenças, faz com que o agente contagioso deva ser banido. Uma técnica de enfermagem critica que o pai compromete a biossegurança: “*Tem pai que vem direto do trabalho suado, sujo*”. A recepcionista da Emergência alerta: “*Pode o homem levar infecção (...) dependendo do caso ele leva gripe ou algo do tipo*”. Alguns afirmam que esse homem é uma ameaça para a instituição: “*O pai é mais uma pessoa para levar contaminação*”. Para uma recepcionista da Sala de Parto, o homem ameaça o ambiente estéril: “*Os homens não obedecem as regra. Trazem riscos de infecção*”. Outra recepcionista complementa: “*Homem tem má higiene e mau-hábito de ficar entrando e saindo da sala para fumar*”.

O ciúme e a posse do homem para com a mulher aparecem em momentos da relação ao filho: a perda do corpo que era exclusivo para seu desejo e a perda do carinho. Uma fisioterapeuta da sala de parto nos surpreende com a fala de um pai: “*Como é que eu vou ver uma criança passar por um local (vagina) que era só meu. Só eu tinha acesso*”. Para ele a vagina é local exclusivo para o sexo e passar uma criança representa competição. Usuários apresentam preconceito com relação a procedimentos no parto como o toque. Para enfermeira do alojamento conjunto, o ciúme aparece com relação aos profissionais: “*Não é receio, ele acha constrangedor ver a mulher ali, naquele momento íntimo. Para ele é uma intimidade dela com os médicos, ali sem roupa*”. Há preocupação de que a presença do pai atrapalhe a relação amorosa do casal. Rosane

demonstra: *“Realmente é um momento muito íntimo da mulher, não queria dividir com marido, eu não sabia o dia de amanhã. Qual seria a reação depois do parto, depois que tivesse o neném?”*.

O estigma do cearense como agressivo e violento impede que o profissional o aceite como membro no parto. Uma cozinheira afirma que *“o profissional fica com medo porque o pai pode ficar nervoso e ser agressivo”*. Este estereótipo está no discurso, independente do nível de escolaridade, classe social e função. Dr. Thiago, obstetra, exemplifica *“Muitos obstetras tem medo de aceitar o acompanhante com medo de agressão, medo daquela pessoa não compreender algumas dificuldades (...) ai cria uma barreira”*. O porteiro da sala de parto acrescenta *“O pai muitas vezes é agressivo devido à preocupação com a esposa”*.

A visão hegemônica do profissional define os personagens no parto. Ele representa imposição para a inserção do pai no parto, visto como um elemento perturbador e inconveniente. Uma recepcionista explica: *“Homem só causa desconforto ao médico (...) o parto só depende do profissional para dar certo”*. Além de não validar a capacidade do homem em contribuir com o momento do parto, o profissional ainda o marca como complicador. O obstetra plantonista explica: *“Com o pai lá, é mais uma pessoa para preocupar. É melhor fazer meu trabalho sozinho, sem empecilho”*. Uma técnica de enfermagem complementa: *“O profissional tem medo do pai se intrometer no procedimento”*. Tais percepções acabam por reforçar o sentimento de impotência e despreparo do pai em ajudar no parto: *“Eu sou muito nervoso e poderia atrapalhar o parto”*.

O homem de baixa renda comumente trabalha com atividades braçais que exigem a força física. Tal como uma pedra bruta, não está preparado para coisas sutis como cortar o cordão umbilical e acalantar uma criança. *“Quem corta o umbigo é o médico, eu não teria coragem não.”* Entretanto, um homem da comunidade enfatiza que *“é disposto a tudo (...) enfrenta tudo”*. Outro nos lembra que é *“um cabra trabalhador e acolhedor dos amigos”*.

A participação do pai é algo temido pelos casais, haja vista o rito do parto expor a mulher a normas e situações constrangedoras. Carlos, 38, servente, assegura *“Eu acho que não é normal (...) ver a mulher daquele jeito (...) pode perder o apetite sexual (...) A mulher não serve (sexualmente) depois do parto”*. Rita, doméstica, acredita que: *“Estas situações constrangedoras interferem no casamento por questões machista”*. Seu esposo confirma: *“Ela chegou a comentar: ‘Amor, tu viu tudo, o médico tirando o neném e não acabou o tesão*

não?'". Outros homens acreditam perder o desejo sexual ao testemunhar o parto. Soares, 25, pedreiro, afirma que *"O homem pode perder o desejo sexual ao ver a mulher nua na hora do parto, pois só se veem nus, no escuro"*.

3.3.2 Plasticidade dos preconceitos após a intervenção

Um ano depois do *"Parto que te quero Perto"*, verificou-se uma *"plasticidade dos preconceitos"*, ou seja, uma mudança na compreensão muitas vezes estigmatizada sobre o homem. Observaram-se preconceitos com plasticidade em decorrência de treinamentos e da valorização da presença do pai no parto, desvelando face dessa problemática que o envolve nas relações sociais, familiares e afetivas. Situamos as potencialidades desveladas nessa experiência humana. Evidencia-se que *"bicho feio"* pode ser também um *"bela-fera"*; um *"machista"* virou um *"companheiro"*; o *"durão"* tornou-se *"cabra macho com coração"*; um ser *"desprezativo"* transformado em *"respeitador"*; o *"sem coragem"* passou a ser *"corajoso"*; o percebido como *"fonte de contaminação"* tornou-se *"biosseguro"*; o *"ciumento e possessivo"* passou a ser *"pragmático"*; *"violento"* em *"porto-seguro"*; *"Inconveniente"* virou *"peça-chave"*; *"Pedra Bruta"* foi *"lapidado"* e o *"assediador sexual"* tornou-se o *"amor maior"*.

A mudança dos fenótipos característicos do homem cearense não é possível, mas o resgate e reconhecimento da beleza interior deste homem, sim. Antes visto como *"feio e pingüço"*, agora é percebido como uma *"bela-fera"*, continua esteticamente *"feio"*, mas com atitudes bonitas. Erineide, enfermeira, mostra: *"A presença do pai no parto não afeta (...) acho importante, até bonito! As mulheres ficam mais felizes e seguras. Antes do parto ele dá força (...) Durante tranquilidade, após felicidade"*. João, servente, revela: *"O que ela precisa no parto é afeto e carinho do marido"*. A aproximação do pai por todo o processo do parto fez com o sentimento impregnasse o momento. No discurso de Francisco, 29, eletrônico, o sentimento *"foi uma sensação que dispensa qualquer palavra, é uma coisa muito emocionante, é algo novo, a gente tem que ficar observando cada segundo para ver o que passa a mulher. A maioria dos homens só faz o filho"*.

Os discursos retratam as mudanças relacionadas quanto à necessidade de permanecer próximo da companheira e o reconhecimento dessas necessidades, valorizando a sua participação. Relata um pai: *"Agora é bom demais com direito ao acompanhante. O homem*

pode ficar com a esposa ajudando, pegando o bebê, levando a mãe ao banheiro. (...) Foi legal agora o homem pode ficar junto com a mulher.” Existe uma compreensão dos homens quanto ao papel na sociedade, especialmente com relação ao cuidar dos filhos. Quando indagados, demonstraram enorme satisfação e interesse em participar do cuidado para com filhos e esposa. Márcio, 35, motorista clareia: *“Foi bom ter participado, a gente ver o valor da vida, aumenta o companheirismo, passa a ter noção da coisa, não é só ouvir falar, você está vendo o que aconteceu realmente”*. Para Ivana, a presença do companheiro representou a segurança que teve: *“Gente, ele foi tão importante. Foi tão companheiro, tão paizão, tão maridão. Olhando no parto quando o neném nasceu, ele cuidando de mim. (...) Foi minha coluna, ele é a coluna de nossa família. Ele foi a coluna no parto. Coluna de alegria”*.

A sensibilização na preparação para o parto proporcionou ao pai mudança de comportamento relacionada aos tabus e as crenças. O obstetra percebe que está colhendo os frutos destes encontros: *“Sem dúvida, os pais que presenciam o nascimento do filho tem na face uma expressão de felicidade tão grande que chegam a chorar. Não se aguentam, não tem vergonha”*. O sentimento aflorado no pai-grávido é comentado pelo profissional como a continuação da vida. *“Eu dizia calma, tem que sentir dor mesmo. Toda mulher quando vai ter filho sente dor, mas passageira (...) depois vem alegria com o nascimento”*.

No HGMM, observa-se esta mudança em que o homem participa ativamente do parto, não é aquele da maternidade particular que apenas pode filmar. Nessa experiência, estimula-se que o pai seja personagem, como mostra uma mãe: *“Ajudou, pedia para eu ficar de lado, fazia massagem, conversava comigo. Dizia para ficar tranquila, que ia nascer rápido. Conversava que ia nascer logo, que ela já estava chegando, era isso. Que eu era forte, muito forte”*.

O pai hoje é diferente *“é mais instruído e vem preparado, limpo para assistir o parto”*. O desajeitado agora é percebido como colaborador e atuante no parto. O homem começa a interessar-se: *“Parto não é coisa de mulher, também é do homem”*. Participando do pré-natal, dos treinamentos na preparação para o parto, ver procedimentos na mulher, conhece a placenta e entra na maternidade. Júnior, 39, pintor, confirma: *“Ia no pré-natal. É importante para saber direitinho. Como está ela e a criança”*. Os pais são conscientes que não deve fazer do parto um trauma. Rocha, 31, operário da construção civil afirma: *“Eu não gostava, mas o momento é tão especial que o sangue não influencia. Pensei que era uma agulha de costurar. O doutor estava até paciente comigo, fiz muitas perguntas”*. Rodrigo, 26, desempregado reforça: *“O homem deixou de ser aquele bruto e dar apoio a mulher”*.

O homem ver a mulher gritando com dor, relatos passadas da mãe são mitos de que o parto é algo sofrido e a mulher deve estar preparada, agora ele tem coragem de assistir. Esse pai teve a coragem de ver sangue no parto: *“Estava com medo de cortar o cordão umbilical e cair, ai elas disseram: ‘corte, você já fez tudo aqui, é bem rapidinho’. Coloquei as luvas e cortei, tive coragem”*. Pedro, 33, taxista diz que *“O programa mostrou que homem nordestino tem coragem. Não sujou seu nome. Agora, não tem discriminação e os pais têm direito de escolha”*.

O homem agora é higiênico e usa vestimentas adequadas. Uma técnica de enfermagem aponta: *“Agora ele está limpo, a presença dele não afeta mais a biossegurança do ambiente”*. Agora o homem entra no hospital usando bermudas e sandálias, antes indumentárias proibidas. Na portaria, existiam barreiras de funcionários que não entendiam este momento. O porteiro da entrada principal confirma: *“Existiam regras que impediam o acesso. Agora não, com essa lei é diferente. O homem não fede e não tem mau-cheiro, ele faz higiene”*.

O toque vaginal é procedimento necessário para o acompanhamento do parto. Silvio percebe: *“Eu vejo assim, o médico é um profissional, tem a experiência dele, é comum. Não gostava, mas o momento é especial.”* O homem aceita ver o toque, ver a mulher despida, de pernas abertas no exame, na frente de um médico – ficou pragmático. Júlio, 28, guia turístico, ratifica: *“Não, a gente sabe que é o profissional que esta trabalhando.”*

O homem visto como desinteressado ao parto, passou a ser visto como fortaleza e segurança – um porto seguro. A presença do pai em todo o parto transmite maior confiança, proteção e segurança. Luiza, 29, vendedora, mostra: *“A presença dele é um fator de apoio para a mulher, é reconfortante e passa confiança”*. Na fala dos pais, observa-se: *“O homem deixou de ser aquele bruto e deu apoio a sua mulher”*. Um obstetra da sala de parto afirma ser *“super-interessante, não só abrir o parto com a presença do pai, mas no sentido de dar proteção. Abolir aquelas dificuldades que a mulher sente no parto, do medo de estar sozinha no ambiente desconhecido”*. Uma enfermeira comenta: *“O pai mais presente no transcorrer da gestação é importante para a mãe, dá segurança.”*

As mudanças depois de promover a “plasticidade dos preconceitos” tornaram o homem peça-chave no parto. Dr. Lucas, plantonista da obstetrícia, surpreende-se: *“Muitos obstetras tinham medo de aceitar o homem, medo de agressão. Cria barreira para evitar contato com a família. Digo pros colegas, gente vocês vão se surpreender, o resultado é diferente do que estão pensando, é muito bom. Muitos que eram contra, hoje estão aceitando*

e dizendo que realmente é bom”. Outro informante comenta: “Sem dúvida, o pai ajuda o desenvolvimento do parto”.

A partir do olhar dos atores, foram encontradas novas impressões deste homem: que ajuda com carinho e conforto, um pai lapidado e habilidoso. Para Leopoldo, 31, mestre-de-obras é “importante porque dá o carinho que a mãe precisa”. Está mostrando novas atitudes: alimentando sua esposa, segurando o recém-nascido e ajudando na amamentação. Erasmo, 32, operário da construção civil revela seu lado cuidador: “Porque eu pude ajudar minha mulher naquela hora difícil. Eu estava no lado dela na hora que ela precisou. Sofreu menos.” De acordo com fala do pai: “O programa mudou a imagem do nordestino, sim!”. Lúcio, 28, vigilante confirma: “Vai ser muito importante chegar para meu filho e falar: ‘cortei teu umbigo’”. Quando falam sobre os procedimentos do parto, demonstram responsabilidade: “O homem participando, está presente e simbolizando a união da família”.

A superação da relação afetiva em prol do desejo de afirmação de namorado, fala mais: “Eu pensei que não teria mais tesão, mas como eu sou um apreciador da espécie feminina, não vai acontecer isso de forma alguma”. O homem passou a “internar-se” junto com sua a mulher. Observa-se que agora fica com a companheira na sala de parto, no alojamento e sai de alta com a esposa e o filho nos braços musculosos. O profissional preocupava que a presença do homem na enfermaria, reino feminino, poderia atrapalhar. As mulheres na enfermaria, como Liskélvia, 25, doméstica, desmentem esse preconceito: “Os pais que estavam lá eram muito respeitadores, quando a gente se levantava, se viravam, saiam, não precisava nem pedir. Não me senti constrangida.” A grandiosidade sentimental do parto despertou “o amor maior” no homem cearense como relata a nova mãe, Ivana, 29, cantora, emocionada: “O amor é tudo isso!”.

3.4 Discussão

Antes da nova tecnologia, “Parto que te Quero Perto”, as narrativas dos informantes revelaram discursos, interações e situações que favorecem o processo de estigmatização do pai no parto. Em vez de exercer plenamente seu direito de acompanhar sua mulher gestante na sala de parto, o homem cearense operário sofre de preconceito social. É discriminado e embargado na entrada do hospital público, na sala de parto e no alojamento conjunto com a

mulher e recém-nascido. Sua exclusão é baseada num único critério de triagem — sua identidade masculina — uma injustiça de gênero.

Pelos olhares cruzados (COURTINE, 2008) dos homens vizinhos, dos pais-grávidos, dos funcionários e dos profissionais, ele é uma figura estranha à maternidade — o reino da mulher-grávida e seus visitantes femininos. Caracterizou-se, então, a figura do protótipo do “banido social” — “*o pinguço que vive no bar*” — diante da sociedade, como conceitua Erving Goffman no seu livro clássico, “*Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*” de 1963. Ele refere o estigma como uma forma de designação social, um atributo depreciativo, uma marca que inferioriza o indivíduo diante do grupo a qual pertence. A construção do estigma é um processo que é provocado por fatores psicológicos ou cognitivos do indivíduo, durante as interações intersubjetivas, argumenta Goffman.

Revelamos, também, esse mecanismo “vitimizatório” psicológico e intersubjetivo na periferia de Fortaleza-CE. O homem cearense “medroso” diante das cenas de sangue e seringas é rotulado como um “*bicho mole*”, “*cabra-frouxo*” ou ainda “*calça-frouxa*” pelos vizinhos, por recusar testemunhar, de perto, o parto. São palavras populares que separam e distinguem o pai-grávido “*medroso*” dos outros homens, dos “*cabra machos*”, um arquétipo cultural tanto exigido e valorizado pela sociedade nesse mundo local (KLEINMAN, 2006). São metáforas que depreciam e denigrem sua identidade masculina. E, diante dos presentes — usuários, funcionários e profissionais — que o pai é estigmatizado e inferiorizado, prejudicando o engajamento no nascimento do seu bebê.

Nossos resultados evidenciaram, também, uma construção amplificada dos estigmas sociais que vai muito além dos processos cognitivos e individuais. Baseada na crítica apurada de Castro & Farmer (2005), Nations & Monte (1996), Nations, Lira & Catrib (2009), entre outros antropólogos-médicos, afirmamos que fatores psicológicos são insuficientes para explicar o aparecimento de preconceito e estigma na vida humana. Esses autores argumentam que forças macrosociológicas – pobreza, disparidade de classes, analfabetismo, racismo, discriminação sexual, hegemonia do modelo biomédico e outras – geram inquietudes sociais e violências estruturais que esculpam a humilhante experiência de estigma.

Embora os determinantes macrosociológicos sejam frequentemente encobertos e difíceis de perceber (RYAN, 1971; SCOTT, 1990), seu impacto pode aniquilar a identidade do outro, seja um indivíduo, comunidade, etnia, sociedade inteira — ou, em nosso caso, um gênero de seres humanos: o homem. Quando nossos informantes descreveram o pai-grávido com atributos pejorativos— “*imundo*”, “*suado*”, “*favelado*”, “*baixinho*”, “*truncadinho*” e

“*cabeça chata*” não somente macularam sua reputação. Atrela as imagens à pobreza, ao trabalhador braçal, à contaminação hospitalar, ao índio esquecido, desvalorizando, desmoralizando e discriminando o homem nordestino. Não é somente uma pessoa de sexo masculino que foi barrada na porta do hospital. Mas, sim, um homem operário “vestido” de significados e julgamentos pejorativos. Ele é um homem “*pobre, sujo e suado que pega no pesado, carregando cimento no canteiro de obra que pode contaminar o ambiente*” — um contraste e uma ameaça ao ambiente embranquecido e séptico do hospital.

Se não bastasse carregar estigmas nas costas — sacos simbólicos de cimento — o homem operário que estudamos pode ser, também, fatalmente esmagado pelo preconceito. Goffman (1982) nos lembra que o estigma pode atingir a vítima tão perversamente que macula sua identidade uma vez por toda — pelo resto da vida. É o caso das “prostitutas” e “prisioneiros”. Apesar de deixarem de fazer programas na zona ou sair do presídio — de renunciar a condição que gerou o preconceito — o estigma fica, literalmente, impregnado na pele. Apesar do homem-operário tomar banho, trocar roupa e se perfumar para entrar no hospital — o estigma da “*imundice*”, da pobreza, fica tatuado no corpo musculoso.

A antropóloga Douglas (1982) vai mais longe à sua análise simbólica da pureza e poluição. Quando o estigma atinge a reputação moral da pessoa, diz ela, sua “morte social” já é encomendada! Ou seja, quando a imagem associada, metaforicamente, tem embutido nela um juízo de valor negativo sobre a “moralidade” da pessoa — criticando seu caráter moral diante os outros do grupo — a vítima do estigma não tem saída. A pessoa é, sumariamente, expulsa e executada simbolicamente. Não há possibilidade de “ressuscitar” para a vida antes do ato cruel da desmoralização.

Embora não observamos no campo, caso tão extremo de estigmatização letal, desvelamos, antes do “*Parto Que Te Quero Perto*”, alguns preconceitos devastadores, danosos e, potencialmente, irreversíveis. São aqueles estigmas que levantam — nas entrelinhas — “suspeitas” sobre a reputação moral do homem no contexto da fé profunda e devoção forte ao catolicismo popular do Ceará (NATIONS & BARRETO, 1996). Quando os funcionários e profissionais rotulam com o preconceito de “*animal bruto*” “*violento*” e “*marginal*”, é comunicado para a equipe médica a conotação de um homem que agride a lei, que não respeita ordem, que desobedece às autoridades — um inimigo que ameaça a segurança não só do hospital, mas, também, do obstetra na hora do parto. Quando as enfermeiras no serviço alegam, preconceituosamente, que o homem cearense de baixa renda é “*um animal*,” “*um perverso*” ou “*um tarado*” é subentendido, entre elas, que ele não tem

controle sobre sua libido, que age pelo impulso sexual e que representa uma ameaça as outras parturientes — mulheres de outros homens. Sem poder conter sua libido exagerado — algo imoral e inaceitável no ambiente hospitalar — ele é banido ao alojamento em conjunto depois do parto. Pois, ali, ele poderia excitar-se vendo as novas mães com seus peitos expostos dando de mamar ou tomando banho. Ainda, há profissionais preocupados, baseado no estigma, que o pai-grávido poderia assediar sexualmente as outras mulheres — nas camas vizinhas.

O homem cearense, ainda, sofre de discriminação institucional, mais especificamente, hospitalar. Embora já existisse, desde 2005 (BRASIL, 2007), a Lei Federal 11.108, garantindo ao pai o direito de acompanhar o nascimento do filho, a ele não foi permitido (até o início do projeto em agosto 2009) participar no parto no HGMM — ou qualquer outra maternidade pública em Fortaleza-CE. Ainda mais preocupante, seu embargo obrigatório na entrada do hospital não era pautado em legislação nenhuma, mas, sim, em “*costumes*” e nas regras, normas e procedimentos do próprio hospital. Reflexo do poder hegemônico da biomedicina (CAPRA, 2000; GOMES, NATIONS & LUZ, 2008), as normas hospitalares privilegiam, injustamente, o funcionamento da instituição em detrimento ao acesso usuário-cidadão, em nosso caso, o homem de baixa renda e escolaridade. É uma violência estrutural (NATIONS & GOMES, 2007; GOMES, NATIONS & LUZ, 2008; FARMER, CONNORS & SIMMONS, 1996; KLEINMAN, 1986) quando o poder instituído do hospital público conspira para discriminar uma classe de usuários — os homens — barrando seu acesso, ou ainda, contribuindo para estigmatizá-los.

Em outro hospital público na mesma capital, Fortaleza-CE, o poder instituído, através das suas rígidas regras e normas, “*pisou*” no paciente do SUS como se fosse um repugnante “*pano de chão*”, utilizado para limpar vômito, sangue e fezes. Passando pela famosa “Pracinha do Malandro”, os guardas do hospital encararam o paciente como “*um ladrão suspeito*”. Na entrada, seus pertences são revistados, os objetos pessoais — inclusive as calcinhas das mulheres grávidas — removidas, antes de serem “encarceradas” atrás das grades do “hospital-prisão”, como a instituição pública é vista, metaforicamente, pela população (GOMES, NATIONS & LUZ, 2008).

Numa clínica em Sobral-CE, a triagem “em massa” para detectar hanseníase no Dia da Mancha acabou reforçando — não erradicando — o estigma provocado pela *m. lepra* que deforma e desfigura a identidade da pessoa infectada (NATIONS, LIRA & CATRIB, 2009). Da mesma forma, o estigma originado dentro do nosso próprio hospital denegria a imagem do nosso pai-grávido como um “*favelado*” ou um “*marginal*”, levantando suspeitas sobre seu

caráter moral, honestidade e ética. Tais preconceitos institucionais — sem fundamentação na experiência no dia-a-dia, interagindo na sala de parto com esses homens — contribuem, a nosso ver, para uma violência estrutural no HGMM.

Apesar do estigma enraizado e resistente à mudança no hospital, há um movimento de cientistas determinado a aliviar os dores existenciais que o preconceito provoca ao redor do mundo — inclusive na periferia de Fortaleza-CE. Em artigo na prestigiosa revista britânica *The Lancet*, em 2006, Keusch *et al.* (2006) apresentam uma proposta animadora e ambiciosa: criar uma "nova ciência do estigma". Os autores desafiam pesquisadores, tanto das ciências biomédicas quanto sociais, a construir um arcabouço conceitual e uma base de evidências de intervenções para reduzir a discriminação e exclusão social.

Levando esse incentivo a sério, diagnosticamos, primeiro, a doença do desprezo do homem cearense no parto. Nas vozes, nas atitudes e nos gestos de nossos informantes, desvelamos o preconceito cultural acerca do pai-grávido que escondia dentro e fora do hospital. Baseado nas críticas apuradas de nossos informantes, criamos e implementamos uma nova tecnologia antiestigma: “*Parto Que Te Quero Perto*”. Ao mesmo tempo em que desconstruímos — tijolo a tijolo — a rígida estrutura do estigma institucionalizado (LUZ, 1979), remoralizamos o homem cearense operário no seu novo papel de “*pai-cuidador*”, ao longo todo o percurso do parto. Descobrimos a existência da Lei 11.108, na fase exploratória dessa pesquisa, sem dúvida, foi a peça chave na nossa “demolição radical” do estigma no contexto da pobreza do nordeste brasileiro. Apoiada na Lei Federal — até, então, desconhecida pelos nossos gestores hospitalares — nos deu a força política necessária e inédita para “*a quebradeira*” de preconceitos na sala de parto. Sem a lei do nosso lado, a ousadia teria sido mais tímida e a mudança mais demorada.

Utilizando a metodologia da “pedagogia participativa” (BOFF, 1999), os pais-grávidos foram expostos a novos conhecimentos, informações, ideias e experiências acerca do processo do parto — contrapondo os preconceitos vigentes, empoderando-o a interagir no nascimento do filho. Nos “Encontros dos Pais”, aprendeu a superar o preconceito de “*medroso*”, aprendendo noções de fisiologia e anatomia reprodutiva feminina.

Como Bradley (1981) nos EUA e Odent (2004) na França, constatamos, na nossa pesquisa, que a máscara do “*calça-frouxa*” — do homem que desmaia ao ver sangue ou atrapalha o procedimento médico — caiu à medida que os casais grávidos enfrentaram as incertezas do misterioso parto hospitalar. Verificou-se entre os pais-participantes o respeito à vida, a admiração à figura da mulher pela força e coragem em dar à luz e demonstrações de

amor e carinho durante o trabalho de parto e na hora do nascimento do bebê. Contudo, observamos nos discursos e narrativas pós-intervenção de nossos informantes sinais iniciais, embora, bastante animadores, de um movimento, uma transformação nas enraizadas estereotipagens do homem cearense no parto.

Observamos “*o cara ignorante e analfabeto*” agora na sala de aula “maravilhado”, de boca aberta, assistindo a um vídeo com cenas explícitas do bebê descendo do canal do parto ao nascer e compartilhando entusiasticamente sua experiência marcante com outros pais. Testemunhamos o suposto “*cabra macho, durão e insensível*” chorando, descontrolado, no momento que ver o rosto do filho pela primeira vez. Vimos inúmeras vezes, o tão homem “*grosseiro e tosco*” vestindo cuidadosamente as luvas de plástico, segurando a tesoura cirúrgica e cortando, delicadamente, o cordão umbilical do filho. Constatamos que o homem cearense com fama de “*bruto*”, “*violento*” e “*agressivo*,” também, acaricia sua esposa com ternura, atenciosamente massageando sua barriga, beijando seu rosto e alisando seus cabelos. No alojamento conjunto, observamos o tão homem “*motivado pelo instinto animal, promíscuo e assediador*” banhando, cuidadosamente, a esposa e colocando comida na boca. As diferentes maneiras de pensar e agir do “novo homem” provocaram, também, transformações na impressão que os funcionários e profissionais do hospital guardam agora dele. Detectamos a equipe médica dividindo o “poder” na sala de parto com seu novo parceiro. Nada do homem pobre, agressivo e promíscuo, conforme descrito por Carvalho⁷.

Seria ingênuo, de nossa parte, esperar que a nova tecnologia “*Parto que Te Quero Perto*” transforme instantaneamente, completamente ou universalmente estigmas atrelados a determinantes históricos, culturais e macrosociológicos. O preconceito de classe, de gênero e de etnia — entre outros — corre profundo nas veias do ser humano. Baseado nessa experiência inédita, o caminho da transformação social na periferia de Fortaleza-CE será um árduo caminho, inacabado, desigual, apresentando desapontamentos, “*set-backs*” e bolsas de resistência entre os participantes, principalmente, sendo previstos, nos funcionários e profissionais do hospital.

Entretanto, o recente estudo de Katz e Alegria (2009) sobre a transformação de preconceitos na relação clínica entre médicos e pacientes de baixa renda no nordeste dos Estados Unidos nos deixa com otimismo. Ao contrário de Goffman (1988) e Douglas (1966) que condenam a vítima a uma vida no exílio, ou pior, a uma morte simbólica, as autoras alegam que é possível, sim, uma processo de “flexibilização” dos rígidos preconceitos que governam e guiam o comportamento humano e a convivência social. Desvelaram que a

impressão pré-concebida do profissional sobre seu paciente — e vice-versa — é capaz de mudar durante a entrevista diagnóstica. Descrevem a resistência de uma médica em tratar um homem latino tatuado que julgou precocemente como um membro de gangue e viciado em drogas. Ao longo do encontro clínico, entretanto, a médica mudou de ideia. Diante do choro do latino explicando o significado de cada tatuagem do seu corpo, a médica passou a vê-lo numa nova luz. Naquele momento, o tatuado revelou-se uma pessoa sensível e sofrida. O paciente também “flexibilizou” sua ideia pré-formulada e rígida sobre a médica-mulher, apagando suas impressões sexistas. Ambos injetaram uma dose de generosidade humana na relação terapêutica. Quando o profissional se põe no lugar de seu paciente, a tensão criativa é despertada no contexto relacional de forma inesperada, e os estereótipos podem ser apagados. Basta que o médico e o paciente estejam atentos a essa momento de surpresa, que frequentemente emerge no encontro clínico.

Inspirada nos achados de Katz e Alegria (2009), desvelamos um processo de “plasticidade de preconceitos” no HGMM. A palavra “plasticidade” é um sinônimo de “flexibilização”. De acordo com o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2010), o termo significa qualidade das matérias que podem ser moldadas. Pode, também, significar a capacidade de um sujeito para adaptar-se às condições ambientes. Utilizamo-nos da frase “plasticidade de preconceitos” para significar uma maleabilidade na maneira de pensar e agir diante os rígidos preconceitos e injustiças de gênero, permitindo uma melhor adaptação ao novo ambiente hospitalar e a nova oportunidade de participar no parto.

Através dessa moldagem da realidade — como se fosse um verdadeiro “camaleão” — o cearense, também, está transfigurando a estereotipagem cultural do homem nordestino, indevidamente gravada no imaginário popular. Assim, novas masculinidades estão em construção (COURTENAY, 2000) na periferia de Fortaleza-CE. O desencadeante da mudança no preconceito, em ambas as pesquisas, foi uma forte empatia e afetividade entre os participantes. Tanto o homem tatuado quanto o “novo pai-cuidadoso” ganhou o respeito e o carinho do profissional de saúde, quebrando o ciclo danoso do preconceito. Entretanto, há diferenças importantes entre os dois estudos.

O contexto relacional, onde Katz e Alegria (2009) observam o faz e desfaz do preconceito humano, ocorre entre um par de atores sociais — uma médica e seu paciente. Nesse estudo, nós desvelamos a possibilidade de quebrar paradigmas estigmatizantes dentro de uma cena relacional social ampliada — entre uma grande diversidade de participantes dentro e fora dos muros do hospital público.

Ainda, criamos e implantamos uma nova estratégia, “*Parto Que Te Quero Perto*”, para combater a injustiça de gênero sofrida, historicamente, pelo homem cearense e sua exclusão do nascimento do filho, evento único e precioso na vida humana. É essa — o *insight* da importância do contexto social ampliado para promover a “plasticidade do preconceito” e a nova tecnologia contra o estigma de gênero no parto — a nossa contribuição inédita à Nova Ciência do Estigma (KEUSH, WILENTZ & KLEINMAN, 2006).

3.5 Conclusão

Esta pesquisa antropológica investiga a situação do cearense de baixa-renda, usuário do SUS, alvo de forte estereotipagem cultural que lhe padroniza uma imagem distinta perante a sociedade. Baseado em preconceitos associados à sua etnia e fenótipo, classe social e formação educacional e sua condição de trabalhador braçal e reputação “machista”, essa caricatura tem-lhe determinado a exclusão do nascimento do filho.

Pela tecnologia “*Parto Que Te Quero Perto*”, dar-se um “sinal verde” para a entrada do pai no parto e a reconstrução do homem. Identifica-se que, a partir da vivência do homem no processo de nascimento, profissionais de saúde e pessoas do seu meio social mudam a concepção de insensível, grosseiro e medroso para o parto, que lhe faziam, “desestereotipando-o”.

Esta pesquisa é uma contribuição para a ciência na investigação do estigma. Avalia seus significados psicossociais como oportunidade para promover a “plasticidade dos preconceitos” e remoralizar pessoas afetadas. A experiência de implantação de uma nova tecnologia foi “gerada” com a finalidade de dar acesso ao homem a esse momento significativo da vida - o nascimento do seu filho.

3.6 Referências

Albuquerque Junior, DM. (2003). *Nordestino: uma invenção do falo, uma história do gênero masculino (nordeste 1920-1940)*. Maceió: Catavento.

Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bernal, C. Cidade extrapola seus limites. <http://adm.noolhar.com> (acessado em 20/07/2010).

- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes.
- Bradley, R.A. (1981). *Husband-Coached Childbirth*. Nova York: Harper & Collins.
- Brasil. (2005). *Manual do programa nacional da humanização à mulher. Assistência Hospitalar PNHAH*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2007). *Visita aberta e direito a acompanhante*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Capra, F. (2006). *Ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix.
- Carvalho, M.L.M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 389-398.
- Castro, A., & Farmer, P. (2005). Understanding and addressing AIDS-related stigma: From anthropological theory to clinical practice in Haiti. *American Journal of Public Health*, 95, 53-59.
- Courtenay, WH. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Courtine, J.J. (2008). O Corpo anormal: história e antropologia cultural da deformidade. In *A História do corpo: as mutações no olhar do sec. XX*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Douglas, M. (1966). *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo*. London: Routledge.
- Espírito Santo, L.C., & Bonilha, A.L.L. (2000). Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 21(2), 87-109.
- Farmer, P., Connors, M., & Simmons, J. (1996). *Women, poverty and AIDS: sex, drugs and structural violence*. Monroe: Common Courage Press.
- Geertz, C.A. (1989). *Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gomes, A.M.A., Nations, M.K., & Luz, M.T. (2008). Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. *Saúde e Sociedade*, 17, 61-72.
- Hollanda, A.B. (2010). *Míni Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Curitiba: Editora Positivo .
- Katz, A.M., & Alegría, M. (2009). The clinical encounter as local moral world: Shifts of assumptions and transformation in relational context. *Social Science & Medicine*, 68, 1238-1246.
- Kleimann, A. (1988). *The illness narratives*. New York: Basic Books Inc.

- Kleinman, A. (2006). *What really matters: living a moral life amidst uncertainty and danger*. New York: OU.
- Kleinman, A. (1986). *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China*. New Haven: Yale University Press.
- Keusch, G.T., Wilentz, J., & Kleinman, A. (2006). Stigma and global health: developing a research agenda. *The Lancet*, 367, 525-527.
- Luz, M.T. (1979). *As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal.
- Maldonado M.T.P. (2000). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Minayo, M.C.S. (2004). *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: ABRASCO.
- Nations, M.K., & Monte, C.M.G. (1996). "I'm not dog, no!": cries of resistance against cholera control campaigns. *Social Science & Medicine*, 43(6), 1007-1024.
- Nations, M.K., & Barreto, A.P. (1996). Culture, saints and cures in the Sertão. In: *The edge of development: health crises in a transitional society*. Durham: Carolina Academic Press.
- Nations, M.K., & Gomes, A.M.A. (2007). Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2103-2112.
- Nations, M.K., Lira, G.V., & Catrib, A.M.F. (2009). Estigma, metáforas deformadoras e experiência moral de pacientes com hanseníase multibacilar em Sobral, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1215-1224.
- Oba, M.D.V. & Tavares, M.S.G. (1996). As mulheres e os receios vivenciados em suas trajetórias obstétricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49(4), 569-580.
- Odent, M. (2004). *Água e sexualidade: A importância do parto ecológico*. Florianópolis: Editora Saint Germain.
- Osava, R.H. 1997. *Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP.
- Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. New York: Parthenon Books.
- Scott, J.C. (1990). *Domination and the arts of resistance: hidden transcripts*. New Haven: Yale University Press.
- Waiselfisz, J.J. (2008). *Mapa de violência dos municípios brasileiros*. Brasília: Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou evidenciar que a participação dos pais pode favorecer a formação de verdadeiros vínculos entre todos os membros da família, como também com os profissionais de saúde. Os profissionais de saúde devem funcionar como mediadores nesse processo, mostrando que a participação do pai no trabalho de parto proporciona benefício para toda a família.

A filosofia do hospital é incluir o pai em todo o “*O Percurso do Parto*” – o pré-natal, chegada na recepção, internamento, trabalho de parto, parto, alojamento conjunto – e nos cuidados com o recém-nascido no retorno domiciliar. Quando os profissionais de saúde proporcionam meios de reflexão de comportamentos, ocorre o fortalecimento do vínculo do marido com a esposa, o que certamente desfavorece a competição por espaços e atenção que inevitavelmente resultaria em ciúmes.

Nessa pesquisa, foram muitos os relatos, principalmente dos homens, de que a partir da nova tecnologia “*Parto que te quero Perto*” os laços afetivos foram estreitados. Observa-se que a construção de um clima menos hostil, cercado do apoio familiar, favoreceu aos participantes dessa experiência exercitar o que há de mais humano nestes: os afetos, a emoção e as lágrimas. Nosso desejo é o de que estejamos cultivando o “re-nascimento” e a formação de outros laços familiares, pautados no cuidado com a vida, com o novo ser.

Verifica-se que no olhar de alguns profissionais a presença de um acompanhante representa um incômodo e ameaça de interferência em seu poder de atuação, podendo ocasionar maiores cobranças de informações e do cuidado em saúde. Desta feita, se expressam diferentes olhares que comportam uma gama de possibilidades e de reflexão no confronto e/ou aproximação dessas visões, na construção de um novo paradigma.

É imprescindível que os profissionais estejam sensibilizados da necessidade de inclusão do pai no parto e em todas as etapas da gestação, além da necessidade de estabelecerem práticas diferenciadas, pois os “pais-grávidos” passam por excitação semelhante às mulheres que vão ser mães. Quando os profissionais demonstram atenção ao “pai-grávido”, contribuem para aumentar a sua confiança e autoestima.

Assim, a partir de nossa pesquisa, evidencia-se uma série de situações anteriormente não permitidas em uma instituição hospitalar, particularmente no HGMM. Durante a nova

tecnologia – “*Parto que te quero Perto*” – observa-se à luz da nossa experiência os seguintes comportamentos masculinos que vêm acontecendo espontaneamente e de forma inusitada e acabaram por ser aceitos e estimulados por grande parte dos profissionais de saúde:

1. homem participando do pré-natal;
2. homem interessado em saber a fisiologia do parto;
3. homem participando de cursos de preparação para o parto;
4. homem entrando no hospital usando bermudas (antes havia proibição da indumentária);
5. homem entrando no hospital usando sandálias havaianas;
6. homem entrando em ambiente sala de parto e sentindo cheiro diferente, próprio da maternidade;
7. homem participando do ambiente de parto holisticamente;
8. homem ajudando a esposa a deambular na sala de parto;
9. homem massageando a sua esposa, na espera para o parto;
10. homem beijando e acariciando a esposa, na espera para o parto;
11. homem dando alimentos para a sua esposa;
12. homem dando água na boca da esposa;
13. homem passando creme na sua esposa na espera para o parto;
14. homem penteando os cabelos da sua esposa na espera para o parto;
15. homem aceitando ver o médico fazer o toque vaginal na sua mulher;
16. homem aceitando ver a mulher quase despida, de pernas abertas para o exame de toque, na frente de um médico homem;
17. homem vendo a mulher gritar com dores;
18. homem “sexo forte” ajudando a mulher no momento das dores;
19. homem vendo procedimentos invasivos na mulher, como a episiotomia;
20. homem conversando com o médico durante o parto;
21. homem vendo o sangue na hora do parto, sem desmaiar;

22. homem seccionando o cordão umbilical do bebê;
23. homem chorando;
24. homem colocando a pulseira de identificação no bebê;
25. homem sentindo emoções;
26. homem conhecendo a placenta;
27. parto não é só coisa de mulher, também do homem;
28. homem não é agressivo;
29. homem não fede e não tem mau cheiro, ele também faz sua higiene;
30. homem colocando no colo, segurando e acalentando o filho recém-nascido;
31. homem banhando o filho recém-nascido;
32. homem cuidando da esposa no pós-parto imediato e tardio;
33. homem higienizando o bebê e trocando as fraldas;
34. homem ajudando a sua mulher e o filho na amamentação;
35. homem ajudando a esposa a levantar-se;
36. homem ajudando a esposa a ir ao banheiro;
37. homem cuidando dos outros filhos;
38. homem com a bolsa do bebê a tiracolo com cores antes ditas femininas;
39. homem preocupado com o planejamento familiar no pós-parto;
40. homem no pós-parto (quando no retorno ao lar) referindo manter libido (tesão), mesmo ao assistir ao parto.

Dessa forma, com relação aos diversos mitos, normas, regras de condutas, dentre outras imposições sociais, internalizadas e cristalizadas no imaginário social, destaca-se que esses comportamentos percebidos durante a nova tecnologia contribuem para desconstruir determinados dogmas arraigados na cultura hospitalar e familiar em nossa sociedade.

Esse aspecto remete à possibilidade de um resgate cultural de comportamentos predominantes em outros padrões de sociedade, na qual existem registros e memórias de que as cenas anteriormente descritas eram observadas em um período no qual predominava a cultura do parto tradicional, com a presença da parteira.

Este estudo inova ao trazer contribuições para o resgate de práticas aparentemente adormecidas nas relações estabelecidas entre homens e mulheres, no momento específico do nascimento de um filho. Traz à tona a postura de companheirismo revelada no agir da maioria dos homens. A compreensão, a sensibilidade aflorada, as emoções externadas, a troca de afetos, dentre outras situações, evidenciam que por trás da aparência estereotipada do “*macho*”, do homem, se esconde a figura humana desvelada no encantamento com o milagre da vida.

Diante desta realidade, o HGMM – anteriormente a segunda maternidade em número de partos no Ceará – passa a figurar em primeiro lugar após a implantação da intervenção. Constata-se que um dos fatores responsável pelo alcance desta marca foi justamente o Programa “*Parto que te Quero Perto*”. Isso se deve ao fato de vários casais “grávidos”, de Fortaleza e de outras cidades, começaram a escolher a maternidade para vivenciar o momento de parturição, no hospital que faz o “*Parto Humanizado*”.

5 PROPOSTAS HUMANÍSTICAS

A partir do exposto, apresentamos algumas sugestões ou recomendações, em forma de propostas, que atendam as necessidades percebidas na concretização do “re-nascimento” do parto humanizado:

- garantir a Humanização da Assistência ao Parto aos usuários da instituição;
- observar a integralidade em todas as ações do Programa “*Parto que te Quero Perto*”, sem casos de fragmentações na assistência;
- realizar Cursos de Treinamento, Educação Permanente e Sensibilização para todos os Profissionais de Saúde e Servidores do HGMM;
- fazer valer o respeito na Ambiência Hospitalar para os casais, principalmente em relação à privacidade, garantindo assim a adequação ao serviço;
- divulgar o Programa e a Lei 11.108/05 através da mídia e outros meios para que os pais cheguem ao hospital sabendo reivindicar os seus direitos;
- criar lei específica autorizando o homem a comparecer a todas as consultas de pré-natal;
- criar e distribuir a Cartilha do Programa, mantendo um diálogo permanente com os usuários;
- implantar o Programa em outros hospitais-maternidades;
- transformar o Programa em Política de Saúde;
- melhorar e cobrar preenchimento adequado do Partograma;
- evitar o uso de tricotomia da região pubiana e o uso rotineiro da amniotomia precoce (romper a bolsa d’água), durante o início do trabalho de parto, segundo a OMS;
- estimular a articulação e a definição dos fluxos entre os níveis primários, secundários e terciários à atenção à saúde;

- manter a multi e interdisciplinaridade na atenção ao casal “grávido”;
- realizar estudos de acompanhamento dos bebês que nasceram após a intervenção. Acreditamos que serão melhores filhos, melhores alunos e melhores cidadãos;
- estar atentos ao novo modelo e a importância do parto ecológico;
- sensibilizar a comunidade sobre a necessidade de campanhas de incentivo ao acompanhante durante o trabalho do parto. É necessário que ocorram mudanças na imprensa, mostrando a imagem de um parto humanizado;
- estimular o homem/pai a acompanhar e participar de todo o trabalho do parto, para que ele não seja um mero espectador, e que não seja nunca visto como visita, fotógrafo ou “produtor de filmes” (cineasta).
- realizar frequentemente Ações de Monitoramento e Avaliação do Programa.

Assim, a partir deste estudo, cabe-nos fazer um levantamento quanto aos resultados para o hospital e para o futuro destas crianças no âmbito familiar e transformador da sociedade. Deixamos como reflexão a célebre frase do médico francês Michel Odent (2002): “Para mudar o mundo é preciso primeiro mudar a forma de nascer”.

6 REFERÊNCIAS

ABREU, A.S.G.T.; SOUZA, I.E.O. **O pai a espera do parto**: uma visão compreensiva do fenômeno. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1999.

ARILHA, M. Homens, saúde reprodutiva e gênero: O desafio da inclusão. In: **Questões da Saúde Reprodutiva** (K. Giffin, org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

ÁVILA, Ângela Amâncio de. **Socorro, doutor!** Atrás da barriga tem gente! São Paulo: Atheneu, 1998.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.

BERTSCH, T.D.; NAGASHIMA-WHALEN, L.; DYKEMAN, W.; KENNEL, J.H. & McGRATH, S. Labor support by first-time fathers: Direct observations with a comparison to experienced doulas. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**. 1990.

BRADLEY, R.A. "Husband-Coached Childbirth" de Bradley, Hathaways, ed 3, Nova York, 1981, Harper & Collins.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

_____. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual Técnico. Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Manual do programa nacional da humanização à mulher. Assistência Hospitalar PNHAH. Brasília: DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. – Brasília: DF, 2007.

BRETON, Yvan; ESTRADA, E. L. **Ciências Sociais y Desarrollo de las Pesquerías**: Modelos y Métodos Aplicados AL Caso de México. México: Instituto Nacional de Antropología e História, 1989.

BRITTO e ALVES, M.T.S. O parto na maternidade: Qualidade da assistência, o dia-a-dia do trabalho e o olhar das mulheres. In: **Interfaces** – Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva

(R.M. Barbora, E.M.L. Aquino, M.L. Heilbon & E. Berquó, org.). Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

BYDLOMSKI, C.R.; WESTPHAL, M.F.; PEREIRA, I.M.T.B.. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**. V.13, n.1. São Paulo. Jan/abr. 2004.

CAMPOS, A.C.S; ESTECHE, C.M.G.C.E.; FROTA, M.A.; PIMENTEL, Z.B. Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n.3, 2007.

CARVALHO, M.L.M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cad. Saúde Pública**, 2003.

CASTRO, R.B.R.; SILVA, M.J.P. A comunidade não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 9, n. 1, p.80-87, 2001.

CEARÁ. **Diário Oficial do Estado**. Série 3, ano 1, n.016. De 26/jan/2009.

COLLAÇO, V.S. **Parto vertical**: Vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Editora Cidade Futura, 2002.

CORNEAU, G. Paternidade e masculinidade. In: **A Desconstrução do Masculino** (S. Nolasco, org.). Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

COWAN, P.A. Becoming a father: A time of change, opportunity for development. In: *Fatherhood Today: Men's Changing Role in the Family* (P. Bronstein & C.Cowan, ed.), pp. 13-35. New York: John Wiley & Sons, 1988.

CUTOLO, L.R.A. *et al.* Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Vol. 35, no. 4, de 2006.

DAMÁSIO, A. Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

DOMINGUES, R.M.S.M. A presença de um(a) acompanhante durante a atenção ao parto: A experiência da Maternidade Leila Diniz. In: **Interfaces – Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva** (R.M.Barbosa, E.M.L. Aquino, M.L. Heilborn & E.Berquó, org.). Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

EISENBERG, L. Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1977.

FALK, M.L.R. *et al.* Contextualizando a política nacional de humanização: A experiência de um hospital universitário. **Boletim da Saúde**. Vol.20, número 02. Porto Alegre. 2006.

FERRARI, A.G.; LOPES, R.S.; PICCININI, C.A. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, v.12, n.2, 2007.

FONSECA, J.C.L. Paternidade adolescente: Da investigação à intervenção. In: **Homens e**

Masculinidades: Outras Palavras (M. Arilha, S.G.U. Ridenti & B. Medrado, org.), São Paulo: ECOS/Editora 23,1998.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Cartilha de Saúde da Gestante de Fortaleza. Fortaleza, 2009.

GADOTTI, M. Amor paterno, amor materno: O quanto é necessário, o quando é insuficiente. In: **O Exercício da Paternidade** (P. Silveira, org.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GEERTZ, C. **The Interpretation of Cultures**. New York: Basic Books Inc. Publishers, 1973.

GEISTDOERFER, A. **Anthropologie Maritime:** Appropriation Technique, Sociale et Symbolique des Ressources Maritimes. Paris: CNRS,1989.

GOMES, I.L.V.; FRAGA, M.N.O. **Direitos do cidadão hospitalizado:** teoria e práxis. Fortaleza: Ban Gráfica, 2001.

GOMES, A.M.A. **Hospital humano** – etnoavaliação centrada no usuário-cidadão. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza, 2005.

GOMES, A.M.A; SAMPAIO, José Jackson Coelho ; CARVALHO, Maria das Graças Barreto ; NATIONS, Marilyn Kay; ALVES, Maria Socorro Costa Feitosa. Código dos direitos e deveres da pessoa. Interface (Botucatu), vol.12, no.27. Botucatu. Oct/Dec. Hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. 2008.

GONÇALVES, T.R.; LOPES, R.S.; PICCININI, C.A. O envolvimento paterno durante a gestação. Psicologia: Reflexão e Crítica. v.17. 2004.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde & Doença**. Trad. Claudia Bucheitz e Pedro M. Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOTIMSKY, S.N.; ALVARENGA, A.T. A definição do acompanhante no parto: Uma questão ideológica. **Estudos Feministas**, 10. 2002.

JICA/SESA. **Manual do Parto Humanizado**. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde, 2000.

KELLOGG, F. PROAIS - suas raízes e sua história... Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Imprensa Universitária, 1988.

KENNEL, J.H.; KLAUS, M.H. Bonding: Recent observations that alter perinatal care. **Pediatrics in Review**, 19. 1998.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H.; KLAUS, P.H. **Mothering the mother:** how a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth. Massachusetts: Perseus, 1993.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H.; KLAUS, P.H. **Vínculo:** construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000

KLEINMAN, A.; GOOD, (Eds). **Culture and Depression:** Studies in Anthropology and

Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Berkeley: University of California Press, 1985.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Cultures**. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing & the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

LARGURA, M. **Assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais**. 3. ed. São Paulo: Editora Sarvier, 2004.

LEBOYER, Frédérick. **Nascer sorrindo**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

LIMA, E.S. **Revista Hospitais Brasil**. Ano VII, n.35. Janeiro de 2009.

LYRA, J. **Homens também cuidam!** Diálogos sobre direitos, Saúde sexual e reprodutiva, paternidade e relações de cuidados / Fundo de População das Nações Unidas. (UNFPA). Instituto Papai. Recife: UNFPA, 2007.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva. 2000.

MALINOWSKI, B. **Argonauts of the Western Pacific**. Illinois: Waverland Press, 1992

MARCON, S.S. “Flashes” de como as gestantes percebem a assistência pré-natal em um hospital universitário. **Ver. Latina – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.4, p.43-54, outubro de 1997.

MARTINS, P.H. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MAZZIERI, S.P.M.; HOGA, L.A.K. Participação do pai no nascimento e parto: revisão da Literatura. **REME – Rev. Min. Enf.**; 10(2): 166-170, abr./jun., 2006.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber dessas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7. ed. São Paulo: ABRASCO, 2004.

MOTTA, C.C.L.; CREPALDI, M.A. **O pai no parto e apoio emocional**. A perspectiva da parturiente. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Paidéia, 2005.

NAKANO, M.A.S.; MAMEDE, M.V. O significado do parto na visão dos casais grávidos. **Bras. Enfermagem**, v.2, p.118-123, abr/jun. 1994.

NATIONS, M.K. Mortes Infantis e violência interpretativa no Nordeste brasileiro: levando em conta as narrativas das mães cearenses enlutadas. **Cad. Saúde Pública**. 2008.

NATIONS, M.K., GOMES, A.M.A. Cuidado, cavalo batizado e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007.

NATIONS, M.K.; GOMES, A.M.A. *et al.* Códigos dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, Fortaleza, 2008.

NATIONS, M.K.; GOMES, A.M.A. *et al.* **Direitos e deveres dos usuários**: uma contribuição à SESA-CE na construção destes direitos. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2000.

NATIONS, M.K.; GOMES, A.M.A.; LUZ, M.T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. 2008.

NATIONS, M.K. **Corte a Mortalha**: o cálculo humano da morte infantil no Ceará. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

ODENT, Michel. **O Renascimento do Parto**. Florianópolis: Editora Saint Germain, 2002.

ODENT, Michel. **O Camponês e a Parteira**: Uma Alternativa à Industrialização da Agricultura e do Parto. São Paulo: Ground, 2003.

ODENT, Michel. **Água e sexualidade**: A importância do parto ecológico. Florianópolis: Editora Saint Germain, 2004.

OMS. Organização Mundial da Saúde. (1996). Maternidade Segura, Assistência ao parto normal: um guia prático. OMS/SRF/MSM. Care in Normal Birth, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

PACIORNIK, M. **O parto de Cócoras** (Aprenda a nascer com os índios). São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RINGLER, M. Mother-father relationship, object relations and premature contractions. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, 17. 1996

SABATINO, H. **Parto Humanizado**: formas alternativas. 2. ed.. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2000.

SALEM, T. **Sobre o Casal Grávido**: Incursão em um Universo Ético. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987.

SALEM, T. **O casal grávido**: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

SANTOS, M.L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento**: um modelo teórico. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SANTOS, O.F. **Revista Holística de Qualidade de vida**. Número 88. Ano 8. Distrito Federal. Julho de 2009.

SCHMIDT, M.L.S.; BONILHA, A.L.L. Alojamento Conjunto: expectativas do pai com relação aos cuidados de sua mulher e filho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.24, n.3, p.326-324, 2003.

SILVA, M.J.P. ; TAMEZ, R.N. Cuidado centrado na família. In._____. Enfermagem na UTI neonatal. Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA PINTO, C.M.. **Parto com acompanhante**: a experiência dos profissionais. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

TEDESCO, J.J.A. O mundo emocional da grávida. In_____. **A grávida**: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Ateneu, 2002.

TRONCHIN, D.M.R.; TSUNECHIRO, M.A. Cuidar e conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, . n.1,2006.

UCHOA, E.; VIDAL, J.M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10. 1994.

UNBEHAUM, S. **Experiência Masculina da Paternidade nos Anos 90**: Estudo de Relações de Gênero com Homens de Camadas Médias. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE 1



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER Nº. 407/2009

Projeto de Pesquisa: Humanização do parto: inclusão do homem nordestino no nascimento cultural em um Hospital Público de Fortaleza.

Pesquisador Responsável: Antonio Eusebio Teixeira Rocha

Data de apresentação ao COÉTICA: 19/11/09

Registro no COÉTICA: 09-449

CAAE: 5053.0.000.037-09

Parecer: Aprovado na data de 01/12/09

Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA

APÊNDICE 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Eu, Antonio Eusébio Teixeira Rocha, Médico/aluno do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), estou desenvolvendo uma dissertação sob orientação da Professora Doutora Marilyn K. Nations, intitulada HUMANIZAÇÃO NO PARTO: INCLUSÃO DO HOMEM NORDESTINO NO NASCIMENTO CULTURAL EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA.

O objetivo da referida pesquisa é desvelar a humanização na assistência à saúde na gestante com a inclusão do pai, buscando as congruências e as incongruências do parto cultural e o parto biomédico. Para tanto, necessito de sua valiosa colaboração, aceitando participar da pesquisa.

Caso aceite participar, garanto-lhe anonimato e sigilo. Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo resolver desistir, terá toda a liberdade para retirar o seu consentimento, sem prejuízo pessoal e institucional. Sua participação é importante para somar esforços em prol de um cuidar eficiente e eficaz na humanização do parto.

Em caso de dúvidas, estarei à sua disposição para os devidos esclarecimentos, podendo contatar-me pelos telefones: 3101 1590 ou 3101 4353.

Qualquer reclamação a respeito do desenvolvimento desta pesquisa poderá ser dirigida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – COÉTICA, pelo telefone: 3477-3160.

Por sua inestimável participação, antecipo-lhe meus agradecimentos.

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo: HUMANIZAÇÃO NO PARTO: INCLUSÃO DO HOMEM NORDESTINO NO NASCIMENTO CULTURAL EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA, do mestrando ANTONIO EUSÉBIO TEIXEIRA ROCHA, após compreender seus objetivos, concordo em participar da referida pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Pesquisador(a)

APÊNDICE 3

CARTA DE INFORMAÇÃO

O presente projeto tem por objetivo identificar os conflitos e similaridades entre as noções e concepções do parto na comunidade e no ambiente hospitalar no Hospital Distrital Gonzaga Mota (Messejana) – HDGMM. O trabalho será realizado com um grupo de parturientes e seus acompanhantes, tendo estas realizadas o procedimento junto à instituição e não ter nenhuma intercorrência, inclusive com seu bebê. O estudo será desenvolvido durante o período de janeiro a março de 2010. Assim, solicitamos da senhora/senhor a sua colaboração em participar voluntariamente no nosso trabalho. À senhora/senhor serão realizadas filmagens, gravação e perguntas que cujas respostas serão anotadas em um formulário acerca de sua opinião sobre o atendimento realizado nesta instituição.

A pesquisa não causará nenhum desconforto nem risco aos senhores. Informamos, ainda, que sua participação ocorrerá sem despesas e que não haverá qualquer tipo de ajuda financeira por essa participação. A sua participação no projeto contribuirá para obtenção de dados os quais ajudarão a avaliar a humanização do atendimento, do parto, na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido.

Esclarecemos, ainda, que todas as informações coletadas pelos pesquisadores somente serão utilizadas para os objetivos do estudo, as quais serão mantidas em sigilo e que o anonimato será preservado, ficando a senhora com total liberdade de esclarecer qualquer dúvida que venha a surgir, bem como desistir a qualquer momento da sua inclusão na pesquisa.

Queremos ainda deixar claro que sua participação em nossa pesquisa é de caráter voluntário. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos, escrever para o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – COÉTICA / UNIFOR, situado Av. Washington Soares, 1321, Bairro Edson Queiroz, telefone de contato: 3477-3160. Fortaleza – Ceará.

Gostaríamos de ressaltar que sua participação é de extrema importância para a realização do estudo.

Este trabalho será desenvolvido pelo Mestrando da IV Turma de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, Antonio Eusébio Teixeira Rocha, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Marilyn Kay Nations, docente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, situado na Avenida Washington Soares, 1321, Edson Queiroz com telefone de contato: 3477-3280.

Observação: Apresentar esta carta de informação na sala de parto para contacto com o pesquisador Antonio Eusébio Teixeira Rocha. Contacto= 8899-0081.

APÊNDICE 4**FORMULÁRIO DE TRIAGEM/SELEÇÃO DO PAI**

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Idade maior de 18 anos | sim () não () |
| 2. Filho com a mesma mulher | sim () não () |
| 3. Não participou do parto anterior | sim () não () |
| 4. Intervalo do parto anterior menor de 5 anos | sim () não () |
| 5. Filho anteriormente nascido vivo da companheira atual | sim () não () |
| 6. Gravidez da esposa encontra-se no último trimestre | sim () não () |
| 7. Participação em pelo menos um encontro do Programa Parto que te quero perto? | sim () não () |
| 8. Pretende assistir ao parto da companheira | sim () não () |
| 9. Concorda em participar da pesquisa | sim () não () |

Observações:

1. Caso um dos itens tenha a resposta NÃO, o PAI não será selecionado para a pesquisa.
2. O PAI selecionado receberá todas as informações necessárias de como proceder no momento que a companheira entrar em trabalho de parto.

APÊNDICE 5**ENTREVISTA COM OS PAIS****PARTE I: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS****Identificação**

1. Nome do Pai:
2. Idade:
3. Nome da Companheira:
4. Idade:
5. Endereço:
6. Bairro de residência:
7. Profissão do Pai:
8. Profissão da Companheira:
9. Escolaridade do pai:
10. Escolaridade da Companheira:
11. Etnia/raça: ()Branca () Preta () Amarela () Pardo () Indígena
12. Religião:
13. Situação civil com a companheira atual:
() casado, quantos anos _____ () união consensual, quanto anos _____
14. Quantos filhos?
15. De quantos partos participou?
16. Como foi a sua participação no parto?
17. Data provável do parto:
18. Mês da gestação:
19. Faz pré-natal?
20. Local do pré-natal:
21. Data do último parto:

PARTE II: QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) Conte-me como está sendo a sua experiência, aqui no Gonzaguinha, em participar do parto do seu filho.
- 2) O que você pensa do papel do homem no pré-parto, no parto e no pós-parto, quando o parto acontece em casa? Em sua opinião, o que o homem faz? Existe alguma diferença entre o parto em casa e no hospital? Teve algum parto com parteiras?
- 3) Teve alguma coisa que você fez, outras pessoas fizeram, que você sentiu melhor para a sua mulher e o seu filho aqui no hospital? Pode descrever?
- 4) Conte sua experiência na participação do parto desde a sua chegada no Gonzaguinha... o que podia ser feito na maternidade para tornar a sua permanência aqui dentro mais humana? O que o desagradou? Quais foram as dificuldades?
- 5) Se você pudesse “mandar” nos médicos/enfermeiros, o que você iria os mandar fazer para a sua mulher? Para o seu filho? Para você, como pai? Para os diretores do hospital?
- 6) Conte-me como foi a sua experiência no parto anterior. Houve diferença?
- 7) Você gosta do nome do programa “Parto que te quero perto” ou sugere outro nome?
- 8) Que nota você atribui (dar) para o atendimento ao parto da sua companheira, considerar:
() Ruim: 1 a 3 () Regular: 4 e 5 () Bom: 6 a 8 () ótimo: 9 e 10
- 9) Expresse com uma palavra todo sentimento vivenciado na participação do parto.
- 10) Como você analisa a participação do pai no pré-natal da sua companheira?
- 11) Fale sobre a participação do pai no momento do parto quanto à mobilidade, massagem, carinho, escolha da posição de parir e oferta de líquidos para a sua companheira.
- 12) No pós-parto imediato é observada a participação do pai no corte do cordão umbilical e se ele faz expressão de carinho imediato ao filho recém-nascido?
- 13) Como você percebe a participação de outros membros da família no momento do parto?

Obs.: Além dessas questões norteadoras, outras serão colocadas à medida que sejam necessárias durante as entrevistas, respeitando a narrativa do mesmo.

APÊNDICE 6**ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS****PARTE I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Data de nascimento: ____/____/____
2. Idade _____
3. Sexo () Masculino () Feminino
4. Profissão: _____
5. Ano da graduação _____ Universidade _____
6. Pós-Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado
7. Em caso positivo especificar _____
8. Tempo que trabalha no HDGMM _____
9. Bairro de residência: _____
10. Religião: _____
11. Estado Civil () casado () União consensual () Outro, especificar _____

PARTE II. QUESTÕES NORTEADORAS

- 01) Como você percebe a participação do pai no pré-natal e no parto antes e após a intervenção?
- 02) Fale sobre a participação do pai no momento do parto antes e depois da intervenção quanto à mobilidade, massagem, carinho, escolha da posição de parir e oferta de líquidos para a sua companheira.
- 03) No pós-parto imediato é observada a participação do pai no corte do cordão umbilical e se ele faz expressão de carinho imediato ao filho recém-nascido? Compare com o anterior.
- 04) Como você percebe a participação de outros membros da família no momento do parto?

ANEXOS

ANEXO I**LEI Nº 11.108 - DE 7 DE ABRIL DE 2005 - DOU DE 8/4/2005**

Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

"CAPÍTULO VII**DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO**

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)"

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto

Humberto Sérgio Costa Lima

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 8.4.2005.

ANEXO II

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA –

RDC N. 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008

Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 29 de maio de 2008, e

considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano;

considerando o disposto na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências, e que em seu artigo 7º, parágrafos II e XIV estabelece a competência da ANVISA para regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública;

considerando a Lei n. 9656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e que, em seu Art. 17, § 3º, imputa responsabilidades às operadoras de planos de saúde nos casos de descumprimento das normas sanitárias em vigor por prestadores de serviço de saúde que façam parte de sua rede credenciada;

considerando o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 08 de março de 2004, pela Presidência da República e o disposto na Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece como metas a redução da mortalidade infantil e materna;

considerando que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico;

considerando a Política de Humanização do Parto e Nascimento, instituída pela Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000, e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada pelo Ministério da Saúde em 2003;

considerando o disposto na Portaria n. 1.067, de 04 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal;

considerando a necessidade de instrumentalizar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e estabelecer parâmetros para funcionamento e avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;

considerando que as ações de vigilância sanitária são indelegáveis e intransferíveis, exercidas por autoridade sanitária Federal, do Distrito Federal, Estadual ou Municipal, que terá livre acesso aos estabelecimentos e aos ambientes sujeitos ao controle sanitário de que trata esse regulamento;

considerando a Portaria ANVISA n. 26, de 12 de janeiro de 2007, que instituiu o Grupo de Trabalho para discussão e apresentação de propostas para o funcionamento dos Serviços de Atenção ao Parto e Nascimento e a publicação da Consulta Pública da ANVISA n. 109, de 14 de novembro de 2007, que definiu prazo de 90 dias para que fossem apresentadas críticas e sugestões relativas ao documento proposto;

adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar a Resolução que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seu anexo.

Art. 2º Estabelecer que a construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser precedida de avaliação e aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local, em conformidade com a RDC/ANVISA n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, e RDC/ANVISA n. 189, de 18 de julho de 2003.

Art. 3º Estabelecer que todos os atos normativos mencionados neste regulamento, quando substituídos ou atualizados por novos atos, terão a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

Art. 4º Estabelecer que todos os serviços em funcionamento, abrangidos por esta RDC, têm o prazo de 180 dias para se adequarem ao preconizado neste regulamento.

Parágrafo único. Os itens relativos à infra-estrutura física dos serviços de atenção obstétrica e neonatal devem ser atendidos quando forem realizadas reformas ou ampliações de serviços existentes e construções novas.

Art. 5º O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária, sujeitando o infrator a processo e penalidades previstos na Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO