



II Simpósio Internacional Interdisciplinar em Ciências Sociais Aplicadas  
22 a 24 de novembro de 2017

## GT2: CIDADANIA E CULTURA

### PARTO E PUERPÉRIO: SABERES CIENTÍFICOS E TRADICIONAIS E A INCLUSÃO DAS DOULAS NA MATERNIDADE DO HURCG

Lucimara Nabozny (UEPG) E-mail: lucinabozny@hotmail.com

#### TEMÁTICA: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE ESTRUTURA SOCIAL E EXPRESSÕES DA CULTURA POPULAR, IDENTIDADES, LINGUAGEM, MÍDIA E CIDADANIA

**RESUMO:** As reflexões aqui propostas versam acerca da convivência entre saberes científicos utilizados pela instituição hospitalar e os saberes tradicionais populares sobre os cuidados de parto e pós-parto na clínica obstétrica do HURCG (Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais). Tendo em vista a observação que os conhecimentos científicos acerca do parto e puerpério compõe o processo de educação em saúde para as mulheres atendidas, também convivem com tais aprendizagens antigos e tradicionais costumes remanescentes do modelo de parto doméstico, que no Brasil perdurou até a década de 1960. Deste modelo supostamente superado, no entanto, as ciências da saúde voltam seu olhar para reativar práticas de humanização, inclusive com a incorporação das Doulas para acompanhamento do parto hospitalar.

**Palavras chave:** Parto, Puerpério, Doulas, HURCG

#### 1. INTRODUÇÃO

O nascimento de uma maternidade também é o nascimento da cultura institucional que ela irá assumir. Participar desse processo nos traz questionamentos e desejos de que o serviço se estabeleça com um diferencial de humanização. Para tanto, pensar historicamente sobre as formas de nascimento já experimentadas pela nossa sociedade, torna-se uma maneira de refletir os rumos que o novo serviço vem tomando. Sendo assim, o objetivo desse trabalho é analisar a inclusão das Doulas voluntárias no HURCG como uma busca de readoção de práticas solidárias femininas presentes no parto domiciliar, que se fragilizaram por certas características da hospitalização do nascimento. Para isso a metodologia da coleta de informações se deu a partir da observação participante desde o processo de inscrição, até a fase de ambientação das novas doulas formadas pelo HURCG na maternidade. Para a sistematização dessas reflexões, nos servem de apoio referencial teórico de historiadores de pesquisadores e de profissionais da saúde, que pretendem nos auxiliar a compreender esse processo de forma mais ampla.



## **2. PARTO E PUERPÉRIO: SABERES CIENTÍFICOS E TRADICIONAIS E A INCLUSÃO DAS DOULAS NA MATERNIDADE DO HURCG.**

### **2.1. Do Parto Doméstico ao Parto Hospitalar**

As práticas relacionadas ao parto e puerpério se modificam de acordo com o contexto histórico que se inscrevem. No Brasil, até a década de 1960, foi vigente o modelo de parto domiciliar e após iniciou-se um processo de transição para o parto hospitalar. O parto domiciliar contava com a presença de outras mulheres já experientes sobre o nascimento. O evento do nascimento, era então, cercado de mulheres com laços afetivos. Eram irmãs, tias, avós, mãe, que auxiliavam e instruíam a mulher na hora do parto. Esse momento também contava com as parteiras tradicionais, e assim como outras práticas de cuidados e reestabelecimento da saúde neste contexto, esteve fortemente relacionada com crenças e rituais por vezes não questionados quanto sua origem e motivos, mas compunham uma formalização de práticas que foram capazes de gerar sentimento de pertença às mulheres em uma cultura do feminino, um modo de ser mulher e de tratar do assunto socialmente mais relacionado as mulheres, que é a maternidade.

Ao mesmo tempo em que as ciências da saúde e medicalização das práticas do nascimento avançavam e ganhavam o rigor científico, muito valorizado neste contexto, foram surgindo as casas de parto e maternidades, que aos poucos passaram a representar o lugar possível e adequado de parir.

O ambiente hospitalar, por um lado proporciona sensação de segurança por oferecer um parto que conta com especialistas e uma equipe de profissionais, cada qual com sua especialidade e atenta à sua área de conhecimento. O hospital, por outro lado, se tornou por vezes grande e movimentado demais para garantir a individualização das demandas das mulheres na hora do parto. A impessoalidade no atendimento, somada com as práticas medicalizadas<sup>1</sup>, e ainda recorrências de carências do SUS, geram ansiedade nas mulheres durante a experiência do parto hospitalar, resultando em um aumento de práticas interventivas, pensadas por vezes como agressivas e contrárias ao parto natural, que é o parto sem qualquer intervenção.

A institucionalização do parto, e as preocupações higienistas com a saúde materno infantil, fez surgir também uma nova cultura de maternagem, ensinada por profissionais e exigida por políticas públicas. Esses cuidados, comprovados pela ciência passaram a sobrepor práticas de cuidados tradicionais que foram aprendidas empiricamente e passadas de mãe para filha. A chamada educação em saúde<sup>2</sup> exercida pelos profissionais da saúde, enquanto processo pedagógico, muitas vezes parte do pressuposto de “ensinar a mãe o que é melhor para seu bebê” desconsiderando que a mãe que surge com um nascimento, é antes disso um sujeito histórico e social com experiências anteriores que lhe conferem uma visão

---

<sup>1</sup> Processo pelo qual problemas que não são considerados de ordem médica passam a ser vistos como doenças ou problemas médicos. <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30137>

<sup>2</sup> Segundo pressupostos da FUNASA, a Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde. [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/dir\\_ed\\_sau.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf)



de mundo. Nessa forma de condução a educação em saúde representa uma ferramenta que reforça o poder simbólico da instituição científica, em detrimento dos conhecimentos e práticas já conhecidas e muitas vezes adotadas pela mulher. Segundo Estermann (*apud* Forna 2003, p. 7):

Espera-se que a futura mãe se abstenha de café, chá, álcool, fumo (inclusive passivo), determinados tipos de alimentos industrializados, estresse, excesso de exercícios (...) Durante a gravidez, o desenvolvimento do bebê e todos os aspectos do comportamento dela são minuciosamente monitorados pelos serviços de saúde(...) Para o melhor e para o pior, hoje, as responsabilidades da mãe dobraram: a estabilidade emocional e o desenvolvimento cognitivo e psicológico dos filhos também estão a seu encargo (...). As mães são bombardeadas com mais informações do que conseguem absorver e o conselho é sempre apresentado como o "melhor para o seu bebê", porém envolve vários outros interesses (ou dificuldades) sociais, políticos e culturais.

Estes questionamentos referentes a um modelo de educação em saúde se faz importante ao tempo que geram reflexões sobre a necessidade de se reconhecer que o saber científico é um dos conhecimentos que dividem espaço na sociedade. E que ao se negar a existência de práticas tradicionais de cuidados no parto e puerpério, impõem-se um poder institucional que por suas características gera opressão e pode construir uma cultura de "ser mãe" que não pertence à estrutura de sentimentos dessas mulheres. Estrutura de sentimentos para Williams (2011, pg. 53):

Trata-se de todo um conjunto de práticas e expectativas; o investimento de nossas energias, a nossa compreensão corriqueira da natureza do homem e do seu mundo. Falo de um conjunto de significados e valores que, do modo como são experimentados enquanto práticas, aparecem confirmando-se mutuamente.

Reconhecer às permanências tradicionais de cuidados no parto e pós-parto, buscando compreender a lógica dessas práticas de forma a respeitá-las é princípio fundamental para estabelecimento de diálogo que pode vir a se tornar prática pedagógica democrática.

## 2.2. As Permanências Tradicionais nos Cuidados no Parto e Pós-Parto

Como já mencionado anteriormente, no Brasil o parto hospitalar se tornou acessível muito recentemente. Somente na década de 1960 essa prática se popularizou. Ainda assim, muitos locais especialmente nas comunidades rurais, o parto domiciliar continuou a ocorrer, com a presença das parteiras tradicionais. Estas eram detentoras de saberes apreendidos pela experiência, e também muito relacionadas à fé. Suas práticas incluíam preces aos santos de devoção, massagens, aromas, chás e cuidados diversos que envolviam a parte física e emocional. Cuidados para evitar resfriados e com a alimentação da puérpera também eram realizados. O parto tido como um ritual feminino envolvia as mulheres da família ou próximas da gestante. Tratado como um segredo das mulheres, os homens costumavam aguardar do lado de fora. Segundo Brunetto et al., (2006, p.647):



## II Simpósio Internacional Interdisciplinar em Ciências Sociais Aplicadas 22 a 24 de novembro de 2017

A assistência à mulher durante o parto foi realizada durante muito tempo por outras mulheres, chamadas de parteiras ou assistentes de parto. Estas podiam ser amigas, mães, vizinhas ou pessoas escolhidas nas comunidades, consideradas capazes de colaborar com a futura mãe em alguma tarefa relacionada ao parto. Até o século XVII, quando surgiram os primeiros e escassos parteiros, era tarefa exclusiva da mulher.

O parto hospitalar surge como resultado do avanço científico e da requisição social por políticas de cuidados com a saúde materno-infantil. Para Brunetto et.al., 2006, “Atualmente o nascimento está cercado de procedimentos técnicos desenvolvidos para aumentar a segurança do parto, porém está afastado da família, do componente humano e afetivo”

Esse modelo representa em alguns aspectos a solução para problemas enfrentados, entre eles os altos índices de morte materno-infantil. Para Matos et al (2013, p. 871):

O parto hospitalar contribuiu para o conhecimento e para a melhoria no atendimento ao parto, no entanto, a hegemonia exercida sobre a mulher na sala de parto instituída pelas políticas de saúde e pelas práticas médicas comprometem a autonomia da mulher no processo de parturição.

Na experiência de trabalho na maternidade do HURCG, que foi a motivadora da proposta dessas reflexões, podemos observar, no entanto, que as mulheres atendidas durante o parto e pós-parto, recebem ações de educação em saúde conforme o preconizado pelas ciências da saúde, inclusive na desmistificação de práticas tradicionais. No entanto se estabelecido um diálogo mais demorado sobre “como as mulheres se cuidavam na dieta antigamente” podemos observar práticas conhecidas e utilizadas pelas puérperas atuais, que apesar da imposição do “modo correto” ensinadas na educação em saúde, antigos saberes compõem o modo que as mulheres vivem a maternidade. As receitas de garrafadas<sup>3</sup>, os banhos de assento, o impedimento de receber visita no sétimo dia, não lavar o cabelo, são costumes geralmente não revelados pelas mulheres aos profissionais de saúde, já que estes “não acreditam” e poderiam ridicularizar essas escolhas. Esses cuidados então passam a pertencer a um novo segredo feminino, que ocorrem no âmbito privado, ligando essas mulheres à suas antecessoras de maneira se tornarem como cúmplices de práticas vistas cientificamente como ultrapassadas e desnecessárias, quando não prejudiciais. Apesar disso, muitas dessas práticas permanecem, principalmente porque dizem respeito a uma forma de lidar com a maternidade que inscreve essas mulheres em uma cultura centenária que instrui sobre como ser mulher e mãe. Surge então, um sentimento de pertencimento, não obtida plenamente pela educação em saúde moderna.

Assim também durante o pré-parto e parto, mulheres adeptas ou não de cuidados tradicionais, ao terem seu parto no hospital, iniciam questionamentos referentes às rotinas hospitalares, como por exemplo posição do parto, episiotomia<sup>4</sup>, falta de acompanhante, formas de tratamento da mulher por alguns profissionais,

<sup>3</sup> Mistura de ervas medicinais utilizadas popularmente no fim da quarentena do pós-parto para limpar o organismo da mulher.

<sup>4</sup> É uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto.



entre outras condutas hospitalares. O conjunto desses questionamentos evidenciou um problema enfrentado no parto hospitalar, que foi denominado como violência obstétrica<sup>5</sup>. A evidenciação desse problema demonstra uma cultura de imposição do poder institucional, a partir de saberes validados pelo conhecimento científico em sua forma mais restrita.

A busca pela superação dessas práticas violentas se torna necessária para tornar o parto hospitalar humanizado e resgatar o protagonismo da mulher nesse momento. Para tanto, muito se tem olhado para modelos tradicionais de cuidados durante o parto e pós-parto, na busca de se readotar elementos para a superação desse conjunto de problemas. Um exemplo dessa busca é a experiência da inclusão das Doulas para o acompanhamento do parto hospitalar.

### 2.3. A Inclusão Das Doulas no HURCG

O HURCG – Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, foi inaugurado em 10 de março de 2010, na época como Hospital Regional administrado pela SESA-PR. Em junho de 2013 foi vinculado à UEPG, recebeu o título de Hospital de Ensino, e por isso tem características de interdisciplinaridade, a presença de residências multiprofissionais, e a presença de muitos estagiários e internos vem ao encontro com um dos objetivos desse modelo de Hospital, que é o ensino. Entre as demandas assumidas nessa história do HURCG podemos destacar a Clínica Obstétrica, que iniciou suas atividades em maio de 2016.

Entre os pressupostos da maternidade do HURCG, busca-se de modo geral a incorporação das recentes discussões sobre humanização. Algumas práticas desse serviço já podem ser indicativas dessas preocupações. Como por exemplo: o respeito à lei do acompanhante<sup>6</sup> de maneira indiscriminada (ou seja, sem negociações acerca do sexo do acompanhante para pernoite ou restrição de entrada em centro obstétrico); a redução das cesarianas sem indicação, visita de irmãos; possibilidade de parto natural e em sala de pré-parto quando sem intercorrências; aquisição de equipamentos para oferta de parto natural. Esses apontamentos, que podem parecer óbvios, demonstram a gravidade do cenário consequente da institucionalização do parto que enfrentam um duro caminho para a sua desconstrução.

Ainda nesse sentido, podemos pensar sobre uma nova experiência emergente na maternidade do HURCG, que é a inclusão de Doulas voluntárias para acompanhamento do parto hospitalar. Segundo informações da ANDOS (Associação Nacional de Doulas) 2017:

---

<sup>5</sup> Segundo a definição da organização Artemis, a violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia. <https://temosquefalarsobreisso.wordpress.com/2015/05/15/violencia-obstetrica-o-que-e-como-denunciar-e-declaracao-da-oms/>

<sup>6</sup> LEI 11.108 Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às 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 Art. 19-J.





## II Simpósio Internacional Interdisciplinar em Ciências Sociais Aplicadas 22 a 24 de novembro de 2017

A palavra Doula vem do grego e significa “mulher que serve”, sendo hoje utilizada para referir-se à mulher sem experiência técnica na área da saúde, que orienta e assiste a nova mãe no parto e nos cuidados com bebê. Seu papel é oferecer conforto, encorajamento, tranquilidade, suporte emocional, físico e informativo durante o período de intensas transformações que está vivenciando.

A presença das Doulas no parto hospitalar, no entanto, é ainda motivo de muita polêmica e resistências entre profissionais da saúde. No município de Ponta Grossa, as Doulas são amparadas pela Lei Municipal nº 12.166, de 02/06/2015

dispõe sobre a presença de "doulas" durante o parto, nas maternidades.

O HURCG iniciou o incentivo à presença de Doulas com a proposta de formação de cem mulheres da comunidade. O curso de formação de Doulas ofertado gratuitamente, teve como público alvo preferencialmente mulheres com algum envolvimento com trabalhos comunitários e afinidade com assuntos relacionados à maternidade. A configuração do curso é de 40 horas, sendo 18 horas teóricas e 22 horas de ambientação. A parte teórica aborda os temas: definição de doula e legislação em vigor; cenário obstétrico do Brasil; sistema reprodutivo feminino; tipos de parto; fisiologia na gravidez; dor do parto; boas práticas obstétricas; procedimentos médicos e rotinas hospitalares e métodos não farmacológicos de alívio da dor. O plano para o segundo dia teórico conta com os temas: violência obstétrica; puerpério; atuação da doula no puerpério; perda e luto; cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno.

A primeira turma de Doulas do HURCG participou da parte teórica nos dias 19 e 20 de agosto de 2017. As participantes encontram-se em período de ambientação. O que foi possível observar da dinâmica dessa primeira turma, foi a coesão da equipe, que apesar de curto tempo de convivência demonstrou muita disponibilidade de acolhimento mútuo e desejo de contribuição com as boas práticas obstétricas.

Essa reação do grupo de Doulas voluntárias formadas pelo HURCG, remete às discussões acerca das perdas que as mulheres sofreram, e vem ao encontro da atual busca feminina de retomar o protagonismo e a ajuda solidária entre mulheres na hora do parto.

Com o uso de redes sociais, as Doulas do HURCG iniciaram espontaneamente um grupo onde cada uma relata suas vivências da ambientação às outras. Além disso trocas de informações sobre parto e puerpério e sobre a atuação das Doulas são diariamente compartilhadas pelas mesmas. A expectativa gerada por este projeto de inclusão, então é de diversificar as formas de cuidados, pelo reestabelecimento de valores solidários femininos, a partir da inclusão das doulas no parto hospitalar.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões propostas nestes apontamentos nos levam a olhar a maternidade como assunto de políticas públicas, mas que não se encerram nestas, pois as práticas tradicionais e científicas aplicadas ao parto não estão



estagnadas. As interações vividas por uma nova mãe entre tudo que aprendeu durante sua gestação sobre como ser uma boa mãe aos olhos das ciências da saúde, interage com tudo o que aprendeu empiricamente sobre o que é ser mulher e mãe com suas experiências individuais ou coletivas. Uma condição não anula a outra, pois os sujeitos sociais constroem suas representações dentro desses movimentos e as aprendizagens não se dão apenas por informações, mas sim pelo sentido que estas fazem para quem as recebe. Por isso o principal resultado possibilitado por esse estudo é colocar em questão problemas gerados pelo processo de medicalização do parto, que ao mesmo tempo trouxe importantes benefícios, também limitou os laços afetivos e solidários típicos dos antigos rituais do nascimento. Pensar em uma maternidade tão jovem como a do HURCG, que apesar de seus pressupostos humanizados, também enfrenta problemas como esses, mas que ao mesmo tempo propõem tentativas de amenizar esse distanciamento a partir do incentivo da presença de Doulas durante o parto hospitalar, é ver uma possibilidade democratização e interação de saberes.

## REFERÊNCIAS

Associação Nacional de Doulas. Disponível em:  
<http://www.doulas.org.br/index.php> Acesso em 27.ago.2017

BRUNETTO, Verruck. et al. **As parteiras e o cuidado com o nascimento.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2006.

ESTERMANN, Meyer, Dagmar. **Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos.** Movimento, vol. 9, núm. 3, setembro-dezembro, 2003, pp. 33-58 Escola de Educação Física Rio Grande do Sul, Brasil

MATOS, Greice Carvalho de. et al. **A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa.** Revista de enfermagem UFPE. Recife, 2013.

WILLIAMS, Raymond. **Cultura e materialismo.** São Paulo: Ed. Unesp, 2011