
O “Parto Normal” como fenómeno cultural – apresentação das atas

JOANNA WHITE & MARIA JOHANNA SCHOUTEN

*Centro em Rede de Investigação em Antropologia, Instituto Universitário,
Lisboa (CRIA-IUL); Universidade da Beira Interior e CICS/Universidade do
Minho*

O seminário

Este documento relata o que aconteceu durante o seminário “O Parto Normal: experiências de Portugal e além-fronteiras”, que teve lugar em Lisboa a 28 de Fevereiro de 2013. O objetivo geral deste evento foi o de permitir a partilha e a discussão de práticas e experiências entre pessoas que têm um interesse profissional, académico ou pessoal no parto normal e no parto de um modo geral. O seminário contou com convidados internacionais e, embora a esmagadora maioria dos participantes fossem de Portugal, países como o Reino Unido, o Brasil, a Holanda, a Itália, a Dinamarca e a República Checa também estiveram representados.

O título do seminário foi deliberadamente sugestivo. O termo parto normal, tal como o entendemos, designa o parto sem qualquer intervenção médica ou tecnológica e sem interferência no processo fisiológico. O conceito, desta forma, não se restringe exclusivamente ao momento do parto, mas incorpora também determinadas formas de acompanhamento e apoio à gravidez e ao início do trabalho de parto que conduzem a este resultado: o parto normal. Este termo pode ser confundido com “parto natural”, na medida em que o processo ocorre fisiologicamente, sem estímulos artificiais. Com efeito, de acordo com a nossa experiência, o parto normal é um termo instável; não existe ainda um consenso internacional sobre a sua definição e o conceito tem sido empregue para significar diferentes realidades (Davis-Floyd, 2008). O termo pode, por exemplo, ser usado para descrever um parto normativo ou típico; por outras palavras, o que é mais “normal” numa determinada configuração institucional ou cultural. Consequentemente, isso significa que

em determinados contextos as cesarianas poderiam ser consideradas “normais”, um facto que sublinha a ambiguidade do termo e a variedade do seu uso em contextos diferentes.

O seminário teve como objetivo mais específico promover uma reflexão sobre o contexto português quanto ao modo como se define e se atua sobre o parto, e mobilizar as perspetivas de outros países, de modo a estimular o pensamento sobre panoramas e possibilidades futuras de práticas de saúde materna em Portugal. Como organizadoras, esperávamos que o evento pudesse agir como catalisador das muitas “conversas”, por vezes bastante distintas, que existem acerca do parto em Portugal, permitindo assim que uma gama de experiências e opiniões fosse partilhada e discutida. Além dos oradores convidados, um vasto grupo de indivíduos interessados no parto - mães, obstetras, enfermeiras-obstetras (parteiras)¹, doulas², antropólogos e sociólogos - estiveram presentes na plateia, tendo alguns deles colocado questões e contribuído para o debate em plenário. Este evento em Lisboa teve um carácter único ao constituir-se numa plataforma aberta para grupos bastante dispersos.

Papel da Ação COST no seminário

O seminário beneficiou enormemente da presença da Professora Soo Downe, Investigadora coordenadora do projeto em rede: “Parto – Culturas, Interesses e Consequências: promover uma abordagem europeia dinâmica para otimizar os cuidados materno-infantis” oficialmente conhecido como “COST Action IS0907”. O objetivo desta Ação é desenvolver o conhecimento científico sobre o parto e os cuidados maternos, concebido a partir da sinergia de peritos de 25 países (23 dos quais pertencem à Europa). No seio da Ação, especialistas de diversas áreas, como *midwives*, obstetras, pediatras, psicólogos, sociólogos e antropólogos, trabalham em conjunto para desenvolver novas análises, revisões sistemáticas e pesquisas relacionadas com diversos temas, tais como cuidados de saúde materna entre mulheres migrantes e a prevalência do parto vaginal entre mulheres com uma cesariana anterior.

Ambas pertencemos ao Comité de Gestão português da Ação COST e o facto de, em 2013, Lisboa ter sido o palco para a sua reunião de primavera levou-nos a organizar um evento de continuidade que pudesse beneficiar da presença dos membros internacionais da COST. Procurámos organizar um encontro que interessasse a um vasto número de pessoas e estimulasse o debate acerca da situação em Portugal. Não ficamos desapontadas. De certa maneira, ao destacar uma variedade de perspetivas e formas de abordar o parto, o evento acabou inclusive por proporcionar novos “dados” empíricos para a continuidade do nosso trabalho académico.

¹ Ver Nota de Terminologia abaixo.

² A palavra doula vem do Grego, significando “aquela que serve” e refere-se a uma profissional formada e experiente que, antes, durante e logo depois do parto, providencia apoio físico, emocional e de informação à mãe.

Joanna é uma antropóloga britânica que neste momento vive em Lisboa. Ela tem desde longa data um particular interesse por questões de género, corpo, crenças e práticas relacionadas com a reprodução e a cultura das instituições. Durante muitos anos, trabalhou no Camboja e no Vietname na área da antropologia médica aplicada. Este trabalho compreendeu o estudo de práticas de saúde materna entre grávidas toxicodependentes e grávidas seropositivas, bem como um longo trabalho de campo etnográfico que explorou as práticas tradicionais relacionadas com a gravidez e o parto entre comunidades de minorias étnicas nas terras altas e as interações entre esses grupos minoritários e os serviços de saúde estatais. No Reino Unido deu à luz duas vezes: a primeira num centro de parto³, inserido num hospital, uma excelente experiência, e pela segunda vez, num pequeno hospital numa zona rural, que originou uma episiotomia e não constituiu uma experiência tão agradável. As conversas que teve com a família portuguesa e amigos quando visitava Portugal durante a gravidez (o pai das suas filhas é português) promoveram um interesse sobre as noções culturais acerca da dor e da gestão de dor durante o trabalho de parto, e influenciaram o desenho da sua presente pesquisa. Atualmente, é investigadora no âmbito do programa Marie Curie no Centro de Investigação em Antropologia (CRIA-IUL) em Lisboa, e conduz um estudo sobre os processos culturais relativos à gravidez e ao parto em Portugal e na Inglaterra.

Maria é também antropóloga, tendo vivido numa aldeia remota na Indonésia no âmbito da pesquisa de doutoramento, onde compartilhou as experiências dos habitantes e observou eventos cruciais como o nascimento e a morte. As suas primeiras experiências de parto decorreram na Holanda, onde há algumas décadas o parto domiciliário era a opção mais evidente. A sua mudança para Portugal, onde também deu à luz e, portanto, se confrontou com os cuidados maternos portugueses, ampliou o seu interesse pela antropologia da reprodução. As áreas em que se especializou profissionalmente - estudos de género, sociologia da família e a sociologia e antropologia da saúde - propiciaram pontos de convergência e contextualização em relação a este interesse. No módulo de Antropologia e Sociologia do curso de Medicina na Universidade da Beira Interior, da qual é coordenadora, as questões relacionadas com a humanização e a “desmedicalização” dos cuidados de saúde, incluindo os cuidados na maternidade, são pontos importantes.

Relevância do parto para as ciências sociais e vice-versa

Tendo ambas um interesse particular pela antropologia do parto, a verdade é que no seio académico da sociologia e da antropologia em Portugal têm sido relativamente escassos os trabalhos realizados e publicados, até à data, nesta área. Por isso mesmo existe

³ Os centros de parto (em inglês “Midwifery units” ou “birth centres”) são pequenas unidades onde trabalham e, na maioria dos casos, que são geridos por midwives. Oferecem um ambiente familiar e confortável, em vez de um ambiente clínico. No Reino Unido, uma unidade de saúde materna adjacente (“adjacent midwifery unit” – AWA) está ligada a um hospital onde estão disponíveis cuidados obstétricos, neonatais e anestésicos, se forem necessários, ou no mesmo edifício ou em edifícios diferentes, mas no mesmo local. Uma unidade de saúde materna autónoma (“freestanding midwifery unit” – FMU) habitualmente está num local diferente ou a alguma distância do hospital, por isso sem cuidados obstétricos, neonatais e anestésicos imediatos. Mais informação pode ser consultada em www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/where-can-i-give-birth.aspx.

um considerável potencial de pesquisas a produzir. O parto e os processos de reprodução, num sentido mais geral, representam um extenso filão de estudo para cientistas sociais, proporcionando um terreno fértil para a construção de trabalhos futuros nas várias disciplinas. O estudo e a análise crítica do parto podem, nomeadamente, mas não em exclusivo, clarificar as seguintes áreas:

- Conceção e tratamento do corpo na sociedade (Foucault, 1975; Bourdieu, 1977; B. Turner, 1987); *embodiment* (Merleau-Ponty, 1962; Laqueur, 1990; B. Turner, 1996; Shilling, 2003);
- Conceção social e tratamento do corpo feminino (Douglas, 1966; Ortner, 1974; K.A. Martin, 1993; Davis, 1997; E. Martin, 2001; Young, 2005); género, *embodiment* e identidade no parto (K.A. Martin, 1993; Akrich e Pasveer, 2004; Lupton e Schmied, 2013);
- Momentos críticos de transição no ciclo da vida humana (ritos de passagem) e importância do ritual no seio das sociedades em geral (V. Turner, 1967); a gravidez e o parto como processos rituais (Balin, 1988; Davis-Floyd, 1992; McCallum e Dos Reis, 2005); o parto como “vivência limiar” em termos identitários e em termos de práticas e estruturas sociais (Van Gennep, 1960; V. Turner, 1967; Cete-Arsenault, Brody e Dombeck, 2009);
- A expansão do conhecimento biomédico e das instituições a ele associadas como formas de controlo social e político, incluindo a penetração da biomedicina na esfera pessoal (Foucault, 1975, 1989; Illich, 1974; Nunes, 2006; Alves, 2011); processos históricos de medicalização e conhecimento autoritário relativamente ao parto (Arney, 1982; Davis-Floyd e Sargant, 1997);
- O conceito de “instituições totais” (Goffman, 1961) aplicado a hospitais, enquanto instituições com estruturas, regras e uma “cultura” dominante definidas (Carapinheiro, 1993); a gestão estrutural, espacial e temporal das instituições (Zerubavel, 1979); a gestão do tempo nas maternidades (McCallum e Dos Reis, 2005; McCourt, 2009);
- Hospitais e maternidades como “não-lugares” (Augé, 1992) onde as pessoas se encontram apenas em trânsito, sem poder criar um sentimento de pertença (Prescott, 2009);
- Representações culturais do risco (Beck, 1992; Adam, Beck e Van Loon 2000); discurso do risco nos cuidados e na gestão da gravidez e do parto (Bryers e Van Teijlingen, 2010).

Tocando transversalmente todas estas áreas, a abordagem feminista do parto providenciou ainda uma nova leitura com potencialidades heurísticas, incluindo uma nova análise da apropriação histórica do parto humano – e do trabalho das parteiras tradicionais – pela profissão médica (Green, 2008), a disciplina dos corpos femininos (E. Martin, 2001) e a agência e as experiências complexas das mulheres enquanto parturientes (K.A. Martin, 1993; Fox e Worts, 1999; Beckett, 2005; Akrich e Pasveer, 2004).

Assim como o parto proporciona material de uma grande riqueza para cientistas sociais, de igual modo, a análise académica pode proporcionar uma maior compreensão de como as escolhas e as experiências relacionadas com o parto, e as diferentes formas como este é entendido, são moldadas por uma complexa engrenagem de processos, sistemas e discursos mais amplos. Para aqueles que procuram melhorar ou até mesmo transformar as

práticas existentes, esse conhecimento é essencial. Dando um exemplo particularmente pertinente para o seminário de Lisboa, e que será claro nas páginas que seguem, a opção contemporânea de "parto natural" em Portugal encontra-se, na realidade, fundamentada numa filosofia e numa abordagem particulares, que se sustentam num discurso específico (muitas vezes relacionado com o parto em casa). Tal pode ser entendido como uma posição que emerge da reação ou oposição ao domínio das intervenções biomédicas e tecnológicas prevalecente nos serviços de maternidade disponíveis no país (Santos, 2012; Nunes, Roriz e Filipe, 2012). Da mesma forma, a rejeição de certas opções e posições no parto expressa por alguns profissionais de saúde em Portugal, por serem consideradas "selvagens" (c.f. Challinor, 2012: 148), sublinha a construção social do parto dentro do paradigma biomédico e um discurso dominante segundo o qual o parto controlado dentro de uma instituição médica é parte de um processo civilizacional.

Esta é apenas uma breve síntese, mas acreditamos que o desconstruir e o desvendar de diversos elementos que influenciam e constroem crenças, escolhas, práticas rituais e outros comportamentos em torno do parto ampliam em grande medida a nossa compreensão da cultura e da sociedade. Além do mais, a maioria dos estudos sobre parto até à data têm examinado apenas um país ou grupo social. Consideramos que análises comparativas, bem como a troca de experiências além-fronteiras e através de redes, podem ser um empreendimento proveitoso, fomentando uma maior consciência da diversidade internacional e intercultural, e mesmo intranacional (Jordan, 1997; Christiaens, Nieuwenhuijze e De Vries, 2012), e a perceção de como valores culturais específicos podem moldar a organização dos cuidados de saúde materna durante a gravidez e o parto (Van Teijlingen *et al.*, 2009).

Existe alguma produção científica acerca da institucionalização das categorias culturais de avaliação (Lamont e Thévenot, 2000) e da definição de "repertórios nacionais" disponíveis para a compreensão e a avaliação da experiência (Gimlin, 2012). Tais abordagens teóricas representam um grande potencial para o estudo do parto em diferentes cenários sociais, revelando como o contexto local influencia o modo como se definem e avaliam categorias aparentemente neutras. Por exemplo, estudos sobre os movimentos da sociedade civil focados no parto em diferentes países revelaram já uma importante diferença nos discursos e nas "narrativas" nacionais formulados no âmbito das campanhas para tornar o parto melhor para as mulheres (CES, 2011; Akrich, Leane, Roberts e Nunes, 2012; Nunes, Roriz e Filipe, 2012).

Níveis variados de intervenção médica no parto em países europeus, sem qualquer correlação evidente com os resultados, têm suscitado perguntas a respeito de como estas diferenças se relacionam com as especificidades dos sistemas nacionais de saúde (Euro-Peristat, 2004). Simultaneamente, tornou-se evidente o potencial de aprendizagem dos modelos culturais e organizacionais do parto entre países que apresentam diferentes taxas de intervenção (Elmir, Schmieid, Wilkes e Jackson, 2010). É, pois, importante lembrar que a

investigação em ciências sociais pode contribuir também para uma intervenção a um nível prático e político, além dos seus questionamentos teóricos.

Visão geral das atas

Ao abrir o seminário, Joanna White expôs uma visão histórica geral do parto em Portugal, desde o período em que o parto em casa era dominante (sensivelmente até à década de 1970) até à presente situação, em que os partos na sua grande maioria acontecem no hospital. Nas últimas décadas, as taxas de mortalidade perinatal melhoraram substancialmente, mas no mesmo período o parto tornou-se cada vez mais medicalizado, estando agora Portugal entre os países que na Europa apresentam as mais altas taxas não só de partos vaginais instrumentados (fórceps e ventosa), mas também de cesarianas. Recentemente, emergiram movimentos que promovem o parto normal, quer entre ativistas sociais quer entre certos profissionais da saúde. À data do seminário, o Ministério da Saúde promovia ativamente medidas para tentar reduzir as taxas de cesariana.

Em seguida, Soo Downe fez a apresentação de abertura elaborada com base na sua vasta experiência na promoção do parto normal. Começou por apresentar uma definição de parto normal que se foca na transição fisiológica, e destacou como o aumento da taxa de intervenção médica no parto é um fenómeno internacional que pode estar relacionado com a filosofia dos prestadores de cuidados. Por exemplo, uma pesquisa no Reino Unido mostrou uma extrema variabilidade nas taxas de intervenção entre hospitais a uma distância de menos de 100 quilómetros entre si, um facto que não pode ser explicado pela fisiologia das mulheres. A apresentação ampla e detalhada revisitou pesquisas recentes sobre os impactos da cesariana, incluindo os riscos que esta pode representar para a mãe e o bebé quando realizada sem indicação médica. Discutiu igualmente a importância da escolha das mulheres, os custos associados aos diferentes partos e às diversas formas de intervenção e as questões morais e éticas a elas associadas, e referiu o comprovado benefício de tentar fazer as coisas de forma diferente, em estreita cooperação com as mulheres. A apresentação terminou com a exibição da "História da Hannah", um vídeo de um parto normal ativo, que teve lugar em casa com o apoio de *midwives*. Após a apresentação houve uma animada discussão sobre o parto em casa em Portugal e sistemas associados, e as influências dos locais de parto para as mulheres e os recém-nascidos.

A segunda oradora convidada foi Rita Correia, da Associação Portuguesa Pela Humanização do Parto (HumPar), que apresentou a história da HumPar, a campanha geral desenvolvida para a "humanização" do parto em Portugal, bem como os detalhes logísticos necessários ao parto em casa em Portugal. No final da apresentação de Rita Correia, Mary Zwart-Werkhoven, uma *midwife* e ativista holandesa que reside há mais de quinze anos em Portugal, fez uma breve intervenção a enaltecer o parto domiciliar.

Cristina Teixeira apresentou os resultados da sua recente investigação sobre condicionantes da intervenção obstétrica, que tinha como objetivo estudar as altas taxas de cesariana em Portugal. O estudo identificou uma correlação entre o país de origem das mulheres, o contexto das práticas hospitalares e os protocolos institucionais que influenciam a prevalência da cesariana. Uma grande variação, quer nas taxas de indução, quer nas taxas de cesarianas, foi identificada nos cinco hospitais estudados. De entre as mulheres portuguesas, as do resto da Europa, as africanas e as brasileiras incluídas na amostra, foram as brasileiras as que mostraram estatisticamente uma maior propensão para realizar cesariana. Desta forma, parece comprovar-se uma importante relação entre os pontos de vista culturais que as mulheres têm acerca do parto, a responsabilidade do obstetra ou do hospital pelo parto, e os resultados do parto. Na sequência das intervenções de Rita Correia e de Cristina Teixeira, o debate centrou-se na possibilidade de se favorecer, no contexto português, o parto vaginal após a cesariana (VBAC), no papel dos cuidados pré-natais na mudança das abordagens ao parto, na importância de um sistema de referência ligado ao parto em casa, e na possibilidade da “entrada direta” para a formação de parteira (*midwife*) em Portugal⁴.

A apresentação final, feita por Vitor Varela, descreveu a iniciativa pioneira em Portugal que possibilita o parto na água, no Hospital de São Bernardo, em Setúbal. Varela apresentou um filme e mostrou bases de dados que descrevem o aumento do número de partos na água que têm ocorrido no hospital, bem como o crescente interesse pela opção do parto na água entre mulheres grávidas de todo o país. Discutiu, por outro lado, os desafios de instigar a mudança num sistema de saúde e em instituições de saúde que “problematizam” o parto. Por fim, falou sobre o seu interesse em desenvolver um documento consensual sobre a prestação de cuidados baseados na evidência no trabalho de parto e no parto, que pudesse constituir um suporte para o parto normal entre as mulheres e também entre os meios de comunicação. Um amplo e animado debate seguiu-se a esta apresentação, e foram destacadas as barreiras à ampliação de iniciativas inovadoras, como o projeto de partos na água em Portugal. Soo Downe proferiu, estrategicamente, alguns conselhos incentivando os participantes a comemorar e a trabalhar sobre os sucessos existentes em Portugal. Este apoio foi reiterado por Jette Clausen, uma *midwife* dinamarquesa especialista na temática do parto domiciliar, que também falou sobre os direitos humanos no parto e no movimento atual para garantir que as mulheres podem escolher onde e como dão à luz.

Questões para reflexão

Toda uma série de perspetivas teóricas e práticas, opiniões, dados e experiências foram, efetivamente, partilhadas no evento. A natureza do diálogo sobre o parto entre

⁴ Em vez do atual programa de formação especializada de dois anos, que tem como pré-requisito o curso de licenciatura em enfermagem e uma experiência profissional mínima de dois anos como enfermeiro/a.

os palestrantes e o público revelou significados, muitas vezes, contrastantes entre os profissionais de saúde, os ativistas e os outros membros da sociedade. No entanto, a nosso ver, as divergências que surgiram foram positivas, na medida em que expuseram vivamente a natureza dos desafios a serem ultrapassados na via que conduz a uma situação ideal de cuidados de saúde materna em Portugal, fundada na cooperação e numa visão comum.

Embora este documento seja publicado apenas alguns meses após o seminário, o conteúdo e as questões acima descritas mantêm a sua relevância. Esperamos que estas atas não só informem sobre o que ocorreu, servindo como um registo fiel do que foi discutido, mas que levem, também, os leitores a refletir sobre suas próprias posições sobre o parto, nos contextos português e internacional.

Nota de apresentação das atas

Neste documento, as apresentações do seminário foram transcritas integralmente, sendo também publicados os diapositivos mais relevantes das apresentações. Nenhum documento escrito formal foi solicitado aos oradores convidados. Tivemos o cuidado de incluir integralmente as referências citadas durante as apresentações, bem como as referências dos sites das organizações e de outras entidades mencionadas, para permitir que os leitores possam saber mais sobre áreas do seu interesse.

As atas em inglês estão na primeira metade do documento, seguidas de uma tradução completa em Português.

Todos os slides relevantes das apresentações foram incluídos como “figuras”.

Nota de Terminologia

A formação, o modelo de assistência e o quadro de competências dos/das profissionais que prestam apoio e cuidam da saúde da mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto variam de país para país. No Portugal contemporâneo, é exigida uma licenciatura em enfermagem como pré-requisito, seguida da experiência profissional em enfermagem (um mínimo de dois anos) e um programa de formação especializada. Por isso, estas profissionais, em Portugal, são literalmente chamadas de “enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia”.

Entretanto, uma palavra mais antiga, “parteira”, com raízes na história tradicional dos cuidados de saúde maternal e nos programas de formação originais que emergiram (Carneiro, 2006, 2007, 2008), é usado frequentemente num âmbito informal. Esta pode representar de forma mais fiel a identidade vocacional da profissão, em vez do termo

técnico de enfermeira-especialista, e é a tradução mais adequada para português da palavra inglesa “midwife”.

Neste documento o termo “midwife” faz referência à profissão em geral, tanto no contexto internacional, como no contexto britânico em específico. Por outro lado, “enfermeira-especialista” refere-se à formação e à profissão em Portugal. O termo “parteira” inclui parteiras tradicionais, e, particularmente, à profissão na sua vertente vocacional em Portugal.

Dada a sua superioridade numérica na profissão de enfermagem, será tomado o género feminino como referência nesta tradução.

Note-se que se optou por referenciar grupos profissionais como o dos médicos no género masculino ao longo de todo o texto, unicamente com o objetivo de assegurar uma leitura mais fluida; tais referências devem ser interpretadas como englobando ambos os sexos. Estamos cientes que tais grupos são compostos por mulheres e homens, ambos desempenhando um papel relevante.