UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

LUCIMARA NABOZNY

CENAS DA HISTÓRIA CULTURAL DO PARTO EM PONTA GROSSA-PR: NARRATIVAS, MEMÓRIAS E TEMPORALIDADES ADENSADAS NO HUMAI/UEPG

PONTA GROSSA
2024

LUCIMARA NABOZNY

CENAS DA HISTÓRIA CULTURAL DO PARTO EM PONTA GROSSA- PR: NARRATIVAS, MEMÓRIAS E TEMPORALIDADES ADENSADAS NO HUMAI/UEPG

Tese apresentada para obtenção do título de Doutora no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Estadual de Ponta Grossa. (UEPG).
Linha de pesquisa: História, Cultura e Cidadania.

Orientador: Felipe Simão Pontes.

PONTA GROSSA

2024

Nabozny, Lucimara
N117 Cenas da História Cultural do parto em Ponta Grossa-PR: narrativas, memórias e temporalidades adensadas no HUMAI/UEPG / Lucimara Nabozny. Ponta Grossa, 2024.
236 f.

Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Simão Pontes.

1. História - parto. 2. Maternidades. 3. Memória. 4. História oral. 5. HUMAI-UEPG. I. Pontes, Felipe Simão. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. III.T.

CDD: 361.1

Ficha catalográfica elaborada por Maria Luzia Fernandes Bertholino dos Santos- CRB9/986

TERMO DE APROVAÇÃO

LUCIMARA NABOZNY

"Cenas da História Cultural do parto em Ponta Grossa- PR: narrativas, memórias e temporalidades adensadas no HUMAI/UEPG"

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor(a) no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Assinatura pelos Membros da Banca:

Prof. Dr. Felipe Simão Pontes - UEPG-PR - Presidente

Profª. Dra. Joseanne Zingleara Soares Marinho - UESPI-PI - Membro Externo

Profª. Dra. Marina Fisher Nucci - UERJ-RJ - Membro Externo

Prof. Dr. Robson Laverdi - UEPG-PR - Membro Interno - PPGH

Profª. Dra. Cleide Lavoratti - UEPG-PR - Membro Interno

Profª. Dra. Josiane Carine Wedig - UTFPR-PR - Suplente Externo

Profª. Dra. Luana Marcia de Oliveira Billerbeck - UEPG-PR - Suplente Interno

Ponta Grossa, 27 de junho de 2024.

AGRADECIMENTOS

A escrita da tese é um processo que envolve muitas coisas e muita gente a quem nutro gratidão.... Desde as primeiras fagulhas de ideias conversadas sobre o tema, a coragem para lançar a proposta em um programa de pós-graduação, até a alegria assustada do aceite.

Por isso agradeço às pessoas que estiveram comigo enquanto eu me tornava assistente social, agradeço às pessoas que estiveram comigo enquanto eu me tornava historiadora, agradeço às pessoas que estiveram comigo enquanto eu me arriscava em um mestrado, e as que estão comigo enquanto me arrisco ser assistente social de hospital e professora na universidade. Todas essas pessoas são criadoras desse trabalho.

Com muito amor, agradeço meus amigos pai e mãe – Thadeu e Odária, por me concederem apoio e abençoamento dos caminhos que escolho.

Agradeço com especial carinho ao meu orientador, Professor Felipe Simão Pontes: presente no processo, debatedor incansável do nosso tema, apoiador do meu doutorado tardio e das minhas condições de estudante trabalhadora.

Agradeço à Nana, minha paz.

Aos irmãos TOCS, especialmente à Carol, mãe-menina de força imensa.

Agradeço aos professores:
Robson Laverdi, grande desafiador da estagnação. É possível ouvir sua voz nesse trabalho.

Cleide Lavorati, inspiração de que as lutas precisam ser lutadas com estratégia, afeto, persistência e leveza.

Marina Fisher Nucci, referência nos estudos de parto, que se materializou na generosa leitura e contribuição nesse processo.

Joseanne Zingleara Soares Marinho, de quem me senti perto, mesmo distante, por compartilhar o gosto pela força e beleza que a História tem.

Agradeço às assistentes sociais, companheiras do HU-UEPG, especialmente Kelly, Inês, Ana e Beni. Seguimos fortes!

À todas que pariram, cuidaram, assistiram, escreveram ou pararam para ver e ouvir sobre o parto. Que nossos olhares possam melhorar as coisas.

E a todos os sujeitos da pesquisa, que confiaram suas memórias e experiências que formalmente ou informalmente me emprestaram um causo para esse trabalho.

Eu vi a mulher preparando outra pessoa
O tempo parou pra eu olhar para aquela barriga
A vida é amiga da arte
É a parte que o sol me ensinou
O sol que atravessa essa estrada que nunca passou

Força estranha, Caetano Veloso

RESUMO

O presente trabalho considera que distintas temporalidades e modos de cuidado que fazem parte da história cultural do parto da cidade de Ponta Grossa-PR estão adensados na maternidade pública do HUMAI/UEPG. Com base nisso, o objetivo da investigação foi promover aproximação, debate e construção de sentidos relacionados às organizações políticas e culturais de cuidado do parto, a partir das perspectivas dos sujeitos que se relacionam com o tema. Para tanto, o caminho metodológico adotado foi a construção de memórias, a partir de dezesseis entrevistas pautadas no campo da história oral e de dez observações etnográficas de campo. Outras fontes como imagens, páginas da internet, dados do painel de indicadores do HUMAI, documentários e relatório da Comissão especial de investigação das maternidades também foram utilizadas como fontes para a escrita deste trabalho. Como resultados, as cenas culturais e políticas do parto em Ponta Grossa apontam para a transitoriedade das instituições e alocações improvisadas do parto dentro de hospitais, além do adensamento de diferentes modos de cuidado de parto, na maternidade pública do HUMAI/UEPG. Identificamos ainda mudanças tardias em relação aos modos de assistência ao parto, que trouxeram para a cidade maior tempo de uso de intervenções consideradas inadequadas no contexto em que se aplicavam. Discute, ainda, a relação da cidade com o parto domiciliar e com as lutas pela humanização do parto. Como apontamento final, esse trabalho identifica o HUMAI como o espaço onde as temporalidades se entrecruzam na história do parto de Ponta Grossa, ao mesmo tempo que configura-se como um lugar de esperança para a efetivação da humanização do parto.

Palavras-chave: História do Parto; Maternidades; Memória; História Oral; HUMAI/UEPG.

ABSTRACT

The present work considers that different temporalities and modes of care that are part of the cultural history of childbirth in the city of Ponta Grossa-PR are concentrated in the public maternity hospital at HUMAI/UEPG. Based on this, the objective of the investigation was to promote rapprochement, debate and construction of meanings related to political and cultural organizations of childbirth care, from the perspectives of the subjects who relate to the topic. To this end, the methodological path adopted was the construction of memories, based on sixteen interviews based on the field of oral history and ten ethnographic field observations. Other sources such as images, internet pages, data from the HUMAI indicator panel, documentaries and the report of the special maternity hospital investigation commission were also used as sources for writing this work. As a result, the cultural and political scenes of childbirth in Ponta Grossa point to the transience of institutions and improvised birth allocations within hospitals, in addition to the densification of different modes of birth care, in the public maternity hospital of HUMAI/UEPG. We also identified late changes in terms of delivery assistance, which brought to the city a longer period of time using interventions considered inappropriate in the context in which they were applied. It also discusses the city's relationship with home birth and the struggles for the humanization of childbirth. As a final note, this work identifies HUMAI as the space where temporalities intertwine in the history of childbirth in Ponta Grossa, at the same time as a place of hope for the humanization of childbirth.

Key words: Birth History; Maternity hospitals; Memory; Oral History; HUMAI/UEPG.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Primeiro nascimento/parto no recém-aberto HU-UEPG..... 50
Figura 2 – Parte da equipe da maternidade do HU-UEPG..... 50
Figura 3 – Planta de emergência 1º andar HUMAI-UEPG..... 58
Figura 4 – Imagem aérea dos arredores do HUMAI-UEPG..... 62
Figura 5 – Entorno do HUMAI-UEPG 1..... 64
Figura 6 – Entorno do HUMAI-UEPG 2..... 64
Figura 7 – Página institucional da Santa Casa..... 78
Figura 8 – Fachada do Hospital Evangélico em Ponta Grossa-PR em 2022..... 82
Figura 9 – Divulgação do Hospital Evangélico..... 89
Figura 10 – Hospital 26 de Outubro..... 93
Figura 11 – Maternidade 26 de Outubro..... 93
Figura 12 – Fachada da Maternal..... 95
Figura 13 – Propaganda da Maternidade Santana de 1954..... 110
Figura 14 – Dona Cândida mostrando a “frigideira véia” e a hora de ervas medicinais..... 147
Figura 15 – Ingredientes para garrafada 169
Figura 16 – Imagem e oração de Nossa Senhora do Bom Parto..... 173
Figura 17 – Símbolos religiosos no posto de enfermagem do HUMAI..... 174
Figura 18 – Enfermeiras em aula de sutura na língua bovina..... 185
Figura 19 – Árvore da vida impressa com sangue de placenta..... 187

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados de nascimentos no HU-UEPG e Ponta Grossa-PR..... 70
Quadro 2 – Maternidade e tempos de funcionamento..... 72

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 11

CAPÍTULO 1 – ESPACIALIDADES DO PARTO EM PONTA GROSSA - PR 41

1.1 UM HOSPITAL REGIONAL EM PONTA GROSSA - A CIDADE ENCRUZILHADA..... 41
1.2 HUMAI: UM LUGAR DE PARTO EM PONTA GROSSA..... 55
1.3 UM PASSEIO NOS LUGARES DE PARTO DA CIDADE..... 70

CAPÍTULO 2 – CENAS CULTURAIS E POLÍTICAS DE PARTO EM PONTA GROSSA – PR 99

2.1 HISTÓRIAS DE PARTO DE "ANTES-TEMPO": PRÁTICAS TRADICIONAIS E AS MEMÓRIAS DE PARTEIRAS DE PONTA GROSSA..... 99
2.2 CENAS DA EMERGÊNCIA E PERMANÊNCIA DO PARTO HOSPITALAR..... 110
2.3 O TEMPO PRESENTE E A VELHA POLÊMICA: PODE-SE PARIR EM CASA PONTA-GROSSENSE? PARTO DOMICILIAR NA HISTÓRIA RECENTE DA CIDADE..... 129

CAPÍTULO 3 – TECNOLOGIAS, SEGREDOS E TEMPORALIDADES DO PARTO ADENSADOS NO HUMAI/UEPG 145

3.1 DO CONTROLE TECNOLÓGICO DO CORPO AO BANQUINHO, MASSAGEM E ESCALDA-PÉS: TECNOLOGIAS REVISITADAS..... 145
3.2 SEGREDOS E SUBJETIVIDADES DO PARTO E DO LUGAR DE PARIR..... 165
3.3 TEMPORALIDADES ADENSADAS NO HUMAI/UEPG..... 191

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 205

REFERÊNCIAS..... 210

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DO CHEFE DE SERVIÇO..... 221
ANEXO B – CARTA DE ACEITE DE PROJETO DE PESQUISA..... 223
ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)..... 225
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 228
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... 232

INTRODUÇÃO

Maternidade, pré-natal, parto e puerpério são temas que efervescem as atuais discussões nas ciências da saúde, sociais e humanas. Com diversidade de abordagens, as construções científicas disputam espaços de legitimação. Buscas de aprimoramento tecnológico, humanização e políticas para garantias assistenciais às gestantes, puérperas e recém-nascidos são assuntos em pauta nos pensares científicos que se manifestam nas produções acadêmicas e nas práticas profissionais.

Pensar que o parto tem história, é reconhecer que esse momento é feito de práticas sociais e culturais construídas nas experiências. O próprio termo “parir”, empregado com tranquilidade neste trabalho, sofreu tentativas de apagamento em alguns contextos. “Dar à luz”, uma expressão muito usada para substituir o verbo “parir”, que foi considerado pejorativo quando se trata do nascimento humano. Nessa lógica, “dar à luz” se referia ao nascimento humano, enquanto “parir” era aplicado ao nascimento de animais[1]. Essa breve observação nos introduz a um movimento de afastamento e reaproximação com a natureza da fisiologia do parto, a sacralização da maternidade, a participação (ou alienação) da mulher no processo do parto, entre tantas outras possibilidades de reflexão sobre os sentidos históricos do parto que nos interessa nesta tese.

Aqui entendemos parir como um termo adequado inclusive para o nascimento humano. O verbo vem sendo retomado por discussões feministas e entre ativistas de humanização do parto. Hoje se pode “parir” novamente, sendo esse modo de referir ao parto que acontece em uma ação dos corpos, da mulher e do bebê.

“As mulheres sabem parir, os bebês sabem nascer”, foi a frase escolhida para ser plotada na parede da sala de parto da maternidade que origina esse estudo. Essa frase atualmente exposta na parede de uma maternidade hospitalar, depois de uma onda histórica de supervalorização de cirurgias cesarianas que por motivos políticos e culturais dominou a obstetrícia moderna, nos mostra uma retomada de uma forma de cuidar do parto que busca recolocar a mulher em posição de autonomia. Porém o travamento dessa luta, nos revela haver o contrário dela, que seria a prática do cuidado do parto que desconsidera saberes e vontades dos sujeitos do parto. Assim

1 Uma discussão sobre esse assunto pode ser encontrada em Cordeiro (2012), ao apresentar a gramática dos termos: “dar à luz significa parir. Tal expressão foi criada precisamente para significar esse ato entre os humanos, porquanto parir é um termo usado para animais”.

são as cenas observadas na realidade obstétrica de Ponta Grossa: mostram uma história cujas disputas, tensões, tradições que se adensam nos espaços eleitos para parto.

Historicamente, parir (ou dar à luz) na maternidade foi um costume construído de modo paulatino. Antes da popularização do uso dos hospitais e maternidades como lugar de parir, o parto era cuidado em casa. Os cuidados com o nascimento, portanto, estão ligados historicamente com práticas enraizadas e significativas que sobrevivem à institucionalização das maternidades. Uma aproximação com a história do cuidado domiciliar realizado por parteiras tradicionais, e o modo que atendiam e ensinavam sobre gestação, parto e puerpério, mostram práticas cujos teores não são extintos dentro das modernas instituições de assistência ao parto.

Tornquist (2004) discute em sua tese sobre conceitos de parto e poder no Brasil, e considera: “Para a biomedicina, o parto se restringe à dimensão biológica e, dentro desta, à visão anátomo-patológica que se impôs ao longo dos últimos séculos, particularmente no Ocidente, tornando-se, hoje, sinônimo de modernidade” (Tornquist, 2004, p. 64)

Segundo Gusman *et al*. (2015, p. 365), um dos problemas a serem enfrentados é que a obstetrícia moderna tende a considerar as formas não medicalizadas de assistência ao parto como práticas a serem superadas, apesar das tecnologias trazidas pelas parteiras. Para além de ser assunto de interesse científico, o nascimento faz parte da vida ordinária das pessoas. Como os sujeitos, dentro de um tempo, espaço e cultura tratam da organização para o recebimento da vida? Que conjuntos de ordenamentos são acionados e validados para que o nascimento seja inserido em determinada cena social? Observar como as pessoas se organizam para o nascimento, que é um momento mítico, é também observar a cultura na qual cada sociedade se insere. Se as práticas de cuidados com o nascimento são de interesse comum, se são atribuídas para um gênero, se são assistidas domesticamente ou se são institucionalizadas.

O ambiente hospitalar é conhecido por proporcionar sensação de segurança, por oferecer um parto que conta com uma equipe de profissionais, cada qual com sua especialidade e por concentrar várias áreas de conhecimento. Conforme Diniz e Chacham (2006, p. 80), “os últimos cinquenta anos, tem havido um rápido aumento no uso de tecnologias cujo propósito é iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo ‘mais normal’ e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê”.

Ao longo desse processo, o hospital 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[2], e tecnocráticas gera ansiedade nas mulheres durante a experiência do parto hospitalar.

Segundo Floyd (2000), o paradigma tecnocrático em medicina se baseia no conceito de separação. Segundo este princípio, a matéria pode ser mais bem entendida se extraída de seu contexto, separada dos objetos e das relações que a rodeiam.

Sawada, (1995) em sua tese de doutorado em Enfermagem, trouxe como tema o sentimento do paciente hospitalizado frente à invasão de seu espaço territorial e pessoal. O estudo de Sawada, nos leva a recuperar uma preocupação antiga e recorrente sobre a internação hospitalar. Segundo a autora, o paciente inserido no contexto hospitalar, muitas vezes necessita dividir seu espaço territorial com pessoas estranhas, num período de crise, e o sentimento de invasão do espaço ocorre com frequência. O indivíduo hospitalizado normalmente vivencia situações de menor privacidade e maior controle sobre seu corpo e a área que o circunda.

Além da falta de privacidade, outras questões colocam em crítica o processo de hospitalização do parto:

> A busca por maior qualidade nos serviços de assistência ao parto tem levado à sua medicalização e à adoção irrestrita de procedimentos inadequados, desnecessários, e por vezes perigosos, sem avaliação adequada de sua eficácia ou segurança (Diniz; Chachan, 2006, p. 81).

Medicalização pode ser entendida como o processo pelo qual a medicina amplia e consolida a sua área de atuação nos diversos campos da sociedade. Aqui usamos os termos medicalização do parto e institucionalização do parto, para referir aos momentos que o parto deixa de ser cuidado em casa e passa a ser hospitalizado, com supervisão médica.

Apesar desse conceito de medicalização, mais simplificado, parecer de antemão atender as necessidades dessa pesquisa, para entendermos que o parto foi para dentro dos hospitais e passou a ser gerenciado pelos médicos, cabe aqui um breve parênteses para trazer uma discussão apresentada por Rafaela Zornazelli *et al.*

2 Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portalensp/informe/site/materia/detalhe/30137.

que apresentam a importância de não se tomar o termo como um conceito monolítico como uma crítica ao poder do médico:

> O ponto central de nossa argumentação gira em torno de que o uso do termo medicalização como uma crítica ao poder médico obscurece diferentes níveis de sua ocorrência, tais como a prescrição de medicamentos para casos que não tratam necessariamente de doenças (por exemplo, os contraceptivos) ou para aprimoramento cognitivo; o papel ativo dos usuários na apropriação de medicamentos e de outras tecnologias médicas; a inclusão de novos alvos para a psicofarmacologia (como a timidez e a tristeza), dentre outros exemplos (Zornazelli e*t al.*, 2014).

Partindo de tal reflexão, podemos também olhar para o que diz a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), sobre a assistência institucional ao parto, para a qual as mulheres são incentivadas, esta é responsável pela drástica redução das taxas globais de morbidade e mortalidade materna. No entanto, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde, o que gera um desestímulo para procurarem os serviços de assistência obstétrica.

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. Ao discutir sobre a medicina da mulher nos séculos XIX e XX, a autora Ana Paula Vosne Martins, analisa documentos que são fontes que nos mostram sobre a institucionalização da medicina da mulher no Brasil:

> A produção dos saberes sobre o corpo feminino pelos obstetras e ginecologistas brasileiros constitui uma ampla documentação através da qual é possível acompanhar a institucionalização do saber e as principais motivações dos médicos ao defender uma medicina voltada para a mulher no exercício de suas funções reprodutivas, já que estas eram a base natural e biológica de suas funções sociais (Martins, 2004, p 141).

Ainda nesse mesmo contexto, as parteiras destituídas de conhecimento formal faziam uso de um complexo conjunto de estratégias e produtos de tratamento. Aos remédios da flora brasileira ou mesmo de maravilhosos elixires importados se juntava um sem-número de rezas, simpatias e prescrições. Os médicos só eram chamados nos casos mais graves, de doenças mais sérias ou de partos complicados que colocassem em risco a vida da mãe ou da criança (Rohden, 2001).

A discussão apresentada pelo Ministério da Saúde no documento: Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, mostra que a arte de partejar foi considerada em sua história, uma “atividade eminentemente feminina,

tradicionalmente realizada pelas parteiras, que também cuidavam do corpo feminino e dos recém-nascidos" (Brasil, 2010, p. 26). Assim, as parteiras e as mulheres produziam seus saberes sobre gravidez e parto associados à natureza. Durante muito tempo, as mulheres em trabalho de parto eram ajudadas por outras mulheres, que podiam ser do seu ambiente mais próximo (parentes, vizinhas ou amigas), ou mulheres reconhecidas pela sua experiência.

O modelo assistencial hospitalar passou a sobrepor práticas de cuidados tradicionais apreendidas empiricamente e passadas de mãe para filha.

> O nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu bebê. Se por um lado, o avanço da obstetrícia contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade, e não como rotineiras (Brasil, 2010).

A institucionalização do parto representou a valorização das tecnologias hospitalares em detrimento das práticas e saberes produzidos anteriormente. O que gerou, uma cultura de educação impositiva por vezes exercida pelos profissionais da saúde, enquanto processo pedagógico, 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 de mundo.

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, p. 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.

Quando essa estrutura de sentimentos é desvalorizada e desrespeitada encontramos um descompasso que compromete a construção democrática dos serviços públicos. Segundo Chauí (2009), uma sociedade é democrática quando

respeita a vontade da maioria e das minorias, de maneira “que a atividade democrática social se realiza como um contra poder social que determina, dirige, controla e modifica a ação material e o poder dos governantes” (Chauí, 2009, p. 56).

Assim nos deparamos com o desafio de reconhecer práticas culturais de cuidados no parto e pós-parto, pois buscar compreendê-las e respeitá-las é princípio fundamental para estabelecimento de diálogo.

Mesmo no parto institucional, quando estabelecido um diálogo mais demorado sobre “como as mulheres se cuidavam antigamente” podemos ouvir sobre práticas conhecidas e utilizadas pelas puérperas atuais, que apesar da imposição do “modo correto” ensinadas, antigos saberes compõem o modo que as mulheres vivem a maternidade. As receitas de garrafadas[3], os banhos de assento, o impedimento de receber visita no sétimo dia, não lavar o cabelo, as orações e massagens são costumes geralmente não revelados pelas mulheres aos profissionais de saúde, já que estes “não acreditam” e poderiam ridicularizar essas escolhas. Para pensar sobre tais questões, podemos recorrer à obra de Barbara Ehrenreich e Deirdre English, que em 1973 escreveram “Bruxas, parteiras e Enfermeiras”. O texto virou uma referência, assim como uma grande contribuição para a história da saúde das mulheres nos EUA e em todo o mundo. Segundo as autoras:

> As mulheres sempre foram curandeiras. Elas foram as primeiras médicas e anatomistas da história ocidental. Eram também enfermeiras, conselheiras e realizavam abortos. Foram as primeiras farmacêuticas com seus cultivos de ervas medicinais, compartilhando os segredos dos seus usos. Durante séculos, as mulheres foram médicas sem diploma, excluídas dos livros e das palestras, aprendendo umas com as outras e passando suas experiências entre vizinhas e de mãe para filha. As pessoas as chamavam de mulheres sábias, ainda que para as autoridades fossem bruxas ou charlatonas. A medicina forma parte da nossa herança como mulheres, é nossa história, nosso direito inato (Ehrenreich; English, 1973, p. 3).

Esses cuidados não estão no passado, pois se encontram na realidade das maternidades modernas. As experiências entre vizinhas e de mãe para filhas passam a pertencer a um novo segredo feminino, que ocorre no âmbito privado, ligando essas mulheres às suas antecessoras de maneira a 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

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

uma cultura que instrui sobre como ser mulher e mãe. Surge então, um sentimento de pertencimento, não obtida plenamente pela educação para a maternidade moderna. Assim também durante o pré-parto e parto, mulheres adeptas ou não de cuidados tradicionais, ao ter seu parto no hospital, iniciam questionamentos referentes às rotinas hospitalares, como por exemplo posição do parto, episiotomia[4], falta de acompanhante, formas de tratamento da mulher por alguns profissionais, entre outras condutas hospitalares. O conjunto desses questionamentos evidenciou um problema enfrentado no parto hospitalar, denominado como violência obstétrica.

Segundo o Dossiê “Parirás com Dor” Violência Obstétrica: “são todos os atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis” (Ciello *et al.*, 2012, p. 59). Esse documento inicia com frases ouvidas por mulheres que deram à luz e evidencia a gravidade dos problemas da assistência ao parto no Brasil:

> Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?” “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.” “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.” “Na hora de fazer, você gostou, né?” “Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha” (Ciello *et al*., 2012, p. 01).

Esse problema demonstra uma cultura de imposição do poder institucional, a partir de saberes validados pelo conhecimento médico hospitalar em sua forma mais restrita.

A busca pela superação dessas práticas violentas se torna necessária para fazer o parto hospitalar humanizado e promover o protagonismo da mulher nesse momento. Para tanto, muito se tem olhado para outros modelos de cuidados, incluindo práticas tradicionais, durante o parto e pós-parto, na busca de se retomar elementos para a superação desse conjunto de problemas. Um exemplo a respeito dos técnicos e cuidados retomadas, pode ser as práticas não farmacológicas de alívio da dor.

O documento denominado “Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal” de 2022, menciona que práticas ofertadas rotineiramente na assistência ao parto, “não embasadas na melhor evidência científica, trazem em seu bojo, não apenas risco clínico, como também impactando na percepção positiva da mulher em relação ao seu parto” (Brasil, 2022, p. 5). Para reverter essa situação, alguns métodos previstos pelo

4 Disponível em: https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/forum-promove-boas-praticas-de-atencao-a-gestacao-parto-e-nascimento/2019.

Ministério da Saúde, assemelham-se com práticas tradicionais, como: distração e relaxamento, movimento, massagem, aplicação de frio ou calor, técnicas de relaxamento com respiração, banho de chuveiro, musicoterapia, aromaterapia, Existem ainda as intervenções que demandam poucos recursos atividades que distraem e acalmam, como, por exemplo: encorajamento, toque calmante, mãos dadas, palavras elogiosas, um pano frio na testa (Brasil, 2022).

Considerando o debate sobre a pluralidade de saberes sobre o parto, esta pesquisa busca contribuir com novas perspectivas para pensarmos social e historicamente sobre o tema parto/nascimento. Para tanto, partimos das experiências no Hospital Materno Infantil da Universidade Estadual de Ponta Grossa, vinculado ao Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, HUMAI/UEPG, espaço atualmente eleito ou forjado para ser o principal lugar público de parto em Ponta Grossa-PR.

Para um entendimento sobre o que é o HUMAI, podemos iniciar por um breve relato de suas origens, pois o HUMAI toma corpo de uma instituição com algumas particularidades, mas é uma unidade do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, da Universidade Estadual de Ponta Grossa, HU-UEPG. Este por sua vez, teve outras denominações e modos de funcionamento que antecederam seu atual sistema de gestão. 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 de um dos objetivos desse modelo de Hospital, que é o ensino. Entre as demandas assumidas nessa história por esse hospital que passa a ser conhecido como HU-UEPG, podemos destacar a Clínica Obstétrica, que iniciou suas atividades em maio de 2016. Em abril de 2020, em decorrência da pandemia de Coronavírus, a UEPG estabeleceu uma parceria com a Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, e o prédio do Antigo Hospital da Criança foi cedido para a UEPG, que transferiu todo o atendimento materno infantil para essa nova estrutura, denominada HUMAI.

Hoje essa instituição é responsável por assistir a maioria dos partos de Ponta Grossa, sendo a única maternidade pública da cidade, e referência para os partos de risco habitual e intermediário. Dentro do HUMAI coexistem diferentes maneiras de assistir ao parto e cuidar do nascimento. São métodos tecnológicos e culturais que

convivem, tensionam disputas de espaço e de legitimação. Todos esses modos de organização social para o cuidado com o nascimento podem ser observados a partir da sua historicidade.

O olhar histórico para o tema “cenas culturais e políticas do parto” parte de acontecimentos atuais e observáveis, sobre as temporalidades adensadas em um espaço específico, selecionado para esse estudo: o HUMAI, pois este não está inaugurando modos de cuidado com o nascimento, mas adensando cenas culturais e políticas da história da cidade. Adensamento será aqui compreendido na perspectiva da redução de maternidades da cidade que tem por consequência o aumento de número de partos no HUMAI, mas também se relaciona com um adensamento de diferentes práticas, costumes, saberes construídos historicamente, e que passam a coexistir nesse espaço.

Analisar os fenômenos observáveis na maternidade do HUMAI pelo ponto de vista social, histórico e cultural, é considerar as práticas, as memórias e as temporalidades dos cuidados com o nascimento. Podemos de antemão sinalizar que esta proposta tem como ponto de partida o HUMAI, porém não cabe nele. Não seria possível um olhar intencional para as cenas culturais e políticas do nascimento em Ponta Grossa, que não transbordasse essa jovem maternidade. A história das maternidades que antecederam a do HUMAI são partes constituintes das cenas que hoje podemos observar.

Para Halbwachs (2006) memória significa reconstrução, e é impossível recordar fatos passados e localizar essas lembranças, sem pontos de referência nos contextos sociais. Nas palavras do autor:

> Se a memória individual pode, para confirmar algumas de suas lembranças, para precisá-las, e mesmo para cobrir algumas de suas lacunas, apoiar-se sobre a memória coletiva, deslocar-se nela, confundir-se momentaneamente com ela, nem por isto deixa de seguir seu próprio caminho, e todo esse aporte exterior é assimilado e incorporado progressivamente à sua substância (Halbwachs, 2006, p. 49).

Ainda segundo o autor, quando trata da memória coletiva e o espaço, nos provoca a pensar porque nos apegam os aos objetos, aos espaços e temos dificuldades para nos desapegar de hábitos motores:

> Nosso entorno material, leva ao mesmo tempo nossa marca e a dos outros. Nossa casa, nossos móveis, e a maneira segundo a qual estão dispostos, o arranjo dos cômodos onde vivemos, lembram-nos nossa família e amigos que víamos geralmente nesse quadro. Nossa cultura e nossos gostos aparentes na escolha e na disposição desses objetos se explicam em larga medida

> pelos elos que nos prendem a um grande número de sociedade, sensíveis ou invisíveis. [...] Em uma loja de antiguidades, todas as épocas e todas as classes se defrontaram assim, nas peças espalhadas e fora de uso das mobílias dispersas; e certamente, perguntamo-nos: a quem deve ter pertencido essa poltrona, essas tapeçarias, este conjunto, aquela taça? Mas ao mesmo tempo sonhamos (e é no fundo a mesma coisa) com um mundo em que se reconheceria tudo aquilo [...] como se fosse uma linguagem que ele compreenderia (Halbwachs, 2006, p.131).

Como parte dessa pesquisa, nos preocupamos em compreender, mesmo que brevemente, outras “casas, objetos e hábitos motores”, e “uma linguagem” que em outro contexto fez sentido e estão como peças espalhadas e presentes nas memórias das instituições que fizeram parte do cenário de cuidados obstétricos em nossa cidade. Instituições como Hospital Santa Casa de Ponta Grossa, Hospital 26 de Outubro, Maternidade Santana, Hospital Vicentino, Hospital Bom Jesus, Hospital São Lucas, Hospital Evangélico, A Maternal, são lugares que marcaram gerações, criaram parâmetros, formaram profissionais da obstetrícia. Cada uma dessas instituições, dentro de seu tempo, tocaram o contexto local e foram tocadas por um contexto mais amplo que conduziu transformações nos modos cuidados no nascer. Fizeram parte, na micro-história, dos primeiros lugares que introduziram a hospitalização do parto em Ponta Grossa, e criaram aqui as primeiras conexões com o cuidado hospitalar, que buscava soluções para a redução das altas taxas de mortalidade materna e infantil em decorrência do parto.

Os modos como o HUMAI gerencia os partos, bem como os modos que todos os atores das cenas de parto a experienciam e o praticam dentro desse espaço, estão relacionados com a maneira que culturalmente o nascimento é compreendido socialmente dentro de um lugar e no tempo histórico. Assim, ao reconhecer que as práticas que se revelam no presente dessa maternidade têm relação com a história política e vida cultural da cidade, pretendemos colher elementos da história da institucionalização do parto, e algumas de suas particularidades em Ponta Grossa.

Diante da amplitude de possibilidades de olhares, discursos, dimensões estéticas, saberes em aparente disputa que o tema nascimento pode suscitar, este trabalho parte de um interesse da observação do tempo presente de um lugar onde hoje representa um evidente “lugar de nascer” de Ponta Grossa. O olhar histórico para o tema “cenas culturais e políticas do parto” parte de acontecimentos atuais e observáveis, sobre as temporalidades adensadas em um espaço específico. Trabalhar na maternidade do HUMAI me permite observar um espaço onde se disputam modos de cuidado do nascimento.

Trabalhar como assistente social hospitalar é uma atividade que realizo há 10 anos. Uma convocação de concurso pela SESA, muito desejada por mim, abriu essa oportunidade. Dentro do Hospital Regional, (como era chamado o HU-UEPG), me firmei atuando na UTI Neonatal e Clínica Pediátrica, depois meu setor ampliou com a inauguração da maternidade.

Buscando referências para estabelecimento do meu trabalho no setor materno infantil, descobri que essa “especialidade” não é comum, pois geralmente uma assistente social hospitalar atende todas as demandas, não podendo se dedicar a um setor específico. Reconheci o privilégio que ali se desenhava para minha atuação, e isso me permitiu mergulhar em debates histórico-sociais muito relevantes, relacionados à gênero, famílias, maternidade, violências, entre tantos outros temas que permeiam a rotina de uma maternidade hospitalar.

Além disso, essa experiência também me pôs lado a lado com colegas que têm formações voltadas para o cuidado técnico. Entendi angústias de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc. que se sentem responsáveis pelo controle de tudo: desde infecções até pelo êxito do restabelecimento de saúde a partir das técnicas e tecnologias empregadas. E somo às aprendizagens que me trouxeram o interesse pelo tema, o tanto de histórias que tive a oportunidade de conhecer durante meu trabalho. Conheci incontáveis famílias, em experiências de extrema tristeza ou alegria, vivendo o nascimento e o luto, e enfrentando situações hospitalares, que nunca são parecidas com a vida cotidiana. A realidade das pessoas, das famílias, das comunidades de sentidos, não é previsível. Um plantão dentro de um hospital, de uma maternidade, é sempre uma surpresa. Se atentas, aprendemos que o fluxo da vida nunca poderá ser paralisado para ser entendido dentro de nossas fórmulas.

Minha segunda formação é em História. Durante a graduação, e depois no mestrado, descobri uma afinidade com a História Oral. Pensava comigo: “historiadores têm um encaminhamento diferente para as situações contadas e ouvidas”. Eu gostava de ouvir as pessoas e suas histórias, e por isso me dispus a construir fontes históricas em conjunto com as pessoas, a partir das narrativas. Senti que juntar minha experiência e gosto pelo trabalho no hospital e as possibilidades abertas pelo caminho da história, poderiam configurar novas perspectivas para olhar para um lugar onde tanta coisa acontece.

Na busca deste feito, foram necessárias algumas escolhas teóricas e epistemológicas para criar a base sobre a qual se desenha um percurso para esta

tese. Para definir o que pretendo chamar de cenas culturais, empresto o conceito de Williams (2011) de “cultura ordinária”, que é aquela formada a partir da experiência e das práticas sociais, aproximando sua concepção de cultura à ideia de modo de vida geral. Tal cultura imprime movimento, está em disputa. Dessa maneira eu vejo a história do parto presente na maternidade que trabalho: como algo formado por práticas, e relacionado às culturas que convivem e disputam espaço em um lugar. O conceito de Cultura escolhido neste trabalho, se refere aos modos de vida mediados por ações, tensões e resistências, em que sujeitos sociais são reais agentes de suas vidas. Nesta perspectiva, o termo “cultura” torna-se um campo aberto para que a história tenha uma maior compreensão do social e suas contradições. E nesse contexto, podemos reconhecer a convivência de múltiplas temporalidades.

O adensamento das temporalidades enunciadas no título do trabalho, está reconhecendo temporalidades como um conjunto de enfrentamentos e recuos, explícitos ou silenciados, com as ações políticas e com a cultura ordinária de mulheres e homens que criam e vivem o parto que lhes faz sentindo em certo momento. Não se trata de uma linha do tempo, que diz que aquela temporalidade “ficou no passado”, mas de reconhecer modos diferentes, comunidades de sentidos, que coexistem no mesmo espaço e que se constroem em diferentes perspectivas culturais e políticas.

A direção do olhar que se pretende lançar para o tema, se aproxima dos temas da História Cultural. E para dar base para uma definição sobre como se selecionam as fontes da História Cultural, podemos examinar a obra de Peter Burke, denominada “O que é História Cultural?”, na qual trata da redescoberta e importância desta a partir dos anos de 1970, das polêmicas entre os próprios historiadores a respeito da validade dessa perspectiva. Mas de tudo o que aborda Burke (2008), nesta obra, o mais importante é a narrativa na História, antes ligada à visão tradicional, voltar-se para dar voz às pessoas comuns, histórias de vida, narrativas culturais, sua estrutura e versões que inferem sobre a percepção do leitor. O desafio é fazer isto sem dar à história um enredo triunfalista e enfatizar a crítica e o conflito de visões e de sentido de cada narrativa.

Uma vertente historiográfica convergente com as ideias da História Cultural, cujos pontos de vista também são interessantes para consolidar os objetivos desta pesquisa, é a Micro-história. Segundo Vieira (2011), o modelo interpretativo da micro-histórica é capaz de revelar detalhes significativos que não poderiam ser percebidos num contexto mais global. “Esmiuçados, reinterpretados e recontados sob uma ótica

mais circunscrita e devidamente inseridos no contexto social e cultural que lhes cabe, estes fatos podem vir a se transformar em novas maneiras de se enxergar e contar a história" (Vieira, 2011, p. 244). Por envolver temas relacionados ao cotidiano de lugares específicos, menores, produz uma narrativa diretamente relacionada às fontes.

Segundo o historiador Giovanni Levi (1992), a abordagem da micro-história permitiu que fenômenos fossem captados de forma mais particularizada, objetos importantes e construídos de forma distinta e singular emergiram depois disso. Para tanto é preciso ter em mente que sempre se está lidando com situações de uma realidade que não é única, mas multidimensional e historicamente situada. "O fato de se olhar mais de perto remete à possibilidade de se perceber minúcias e filigranas que se tornariam imperceptíveis numa visão de conjunto, numa visão macro (Levi, 1992, p. 136).

Contudo, ainda segundo Levi, não basta apenas reduzir a escala de observação. Além dessa redução da escala há a necessidade de se considerar uma escala mais ampliada – macro – do contexto social, sendo que essa última é que atribuirá sentido à primeira e que é enriquecida com as novidades provenientes da Micro-história, isto é, "uma homologia entre a realidade e sua imagem e em cada uma dessas duas esferas, uma relação de proporção entre as partes" (Levi, 1992, p. 142).

Nesse sentido, o intento deste trabalho é ouvir pessoas que tem como ponto de aproximação entre si, experiências sobre parto. Sujeitos que vivem o parto, trabalham diretamente na assistência, que possuem memórias, que fazem política relacionada. A redução do olhar para o HUMAI, não pretende se limitar a ele, mas partir dele. Ou como Giovanni Levi parafraseia Geertz: "Os historiadores não estudam as aldeias, eles estudam em aldeias" (Levi, 1992, p. 138).

Conforme foi se desenvolvendo a construção das fontes para esse trabalho, o processo evidenciou a impossibilidade de separação entre pesquisadora, objetos, sujeitos, entre outros termos que em algumas perspectivas poderiam sinalizar uma suposta neutralidade do pesquisador. Aqui não se pretendeu apostar na neutralidade, pois, como pesquisadora, sou um sujeito construindo uma perspectiva que me transpassa. Meu olhar e minha linguagem estão intencionalmente escrevendo sobre um assunto que me mobiliza, e do modo que sinto sobre a história do parto, nos recortes que proponho. No entanto, não se trata de uma escrita individual, pois, as narrativas contam essa história, construídas por sujeitos que incorporaram aspectos

sociais, históricos e culturais que já existiam antes mesmo da nossa existência. Dito assim, podemos identificar que vertentes da Fenomenologia também compõem os referenciais teóricos e metodológicos constituintes desse trabalho. O trecho que segue, pode nos trazer algumas chaves sobre a análise da micro-história, associada ao olhar da vida pela fenomenologia:

> O mundo da vida da fenomenologia é um mundo onde há vida integrada entre o sujeito e os grupos sociais do qual ele faz parte. É um mundo onde há tecnologia, onde há ciência, onde há informação, onde há conhecimento, dinheiro, consumo, violência, drogas, religião, pessoas vivendo e se relacionando [...] é, enfim, o mundo da intersubjetividade, que pulsa incansavelmente com a toda carga inerente aos relacionamentos interpessoais. É um mundo onde há vida sendo vivida e vida que não se vive sozinha, mas em conjunto e em consonância com um sem-número de fatores, situações e aspectos. É um mundo que, a cada dia que passa, precisamos reinterpretar e tentar entender (Vieira, 2011, p. 242).

Fenomenologia não é um consenso, pois desperta debates no campo filosófico, como por exemplo, entre Sartre e Merleau-Ponty, dois importantes nomes de referência no assunto: Sartre fala da consciência transcendental e imaginativa, e Ponty busca inserir uma fisicalidade da experiência material. Nesse rápido olhar para os debates da Fenomenologia, se pensada diante do propósito de estudar a história do parto, o caminho apresentado por Merleau-Ponty nos aproxima da corporificação da experiência, e na leitura de Tilley, a proposta parece tomar uma forma favorável para pensar nos sujeitos que compartilham um contexto que envolve o parto:

> A característica distintiva da fenomenologia trazida por Merleau-Ponty é que ela se baseia na fisicalidade e na existência material do corpo humano no mundo. Desse lugar primordial, fluem toda nossa experiência, compreensão e conhecimento do mundo. Neste sentido, ele defende uma posição materialista contrária a qualquer forma de idealismo ou intelectualismo que tente situar e compreender o mundo a partir da perspectiva de um espírito descorporificado e, de alguma forma, fora do corpo. [...] A análise começa a partir do corpo-sujeito, o qual, no entanto, não se situa ou se compreende mecanicamente. O corpo-sujeito é um espírito fisicamente corporificado que encontra o mundo a partir de um determinado ponto de vista, em um contexto particular, de um dado momento e em um lugar específico (Tilley, 2014 p. 24).

A escolha por essa inspiração filosófica vem da compreensão de que a experiência do parto se dá no corpo de quem pariu, e também dos sujeitos que estão presentes nos contextos de parto. A narrativa dessa perspectiva de uma história cultural do parto, vem sendo pautada, de modo geral, em observações, entrevistas formais e informais, análise de documentos e narrativas de histórias de vida. A pesquisa de campo tem uma perspectiva abrangente e compreensiva ao permitir o estudo e a observação direta do fenômeno pesquisado As fontes até o momento

construídas e obtidas são: dezesseis entrevistas desenvolvidas pelo campo da história oral e dez observações de campo, sistematizadas com apoio das ideias de “Pesquisa de Terreno de Robert G. Burgess (1997) a partir das quais busco registrar três aspectos, sendo eles: 1) notas substantivas (registro contínuo de situações, acontecimentos e conversas); 2) notas metodológicas (reflexões pessoais sobre minha atividade de campo: impressões, sentimentos e como meu papel de pesquisadora é apreendido pelos envolvidos) e 3) notas de análise, nos quais registro aspectos emergentes e conceitos que podem ser desenvolvidos.

O modo para buscar atingir compreensão sobre a teia relacional que se estabelece sobre o nascimento, é se colocar na posição de escuta, participando da construção de memórias que envolvam os sujeitos que participam da criação da cultura de parto. Segundo Martinelli (2019, p. 28):

> Penetrar nesse denso tecido e reconhecer esses sujeitos e seus modos de vida exige do pesquisador uma postura teórica-crítica, no sentido de colocar-se escuta, de interrogar os silêncios e de querer efetivamente conhecer a história a partir da narrativa acerca dos caminhos percorridos por aqueles que estiveram envolvidos com os acontecimentos que queremos estudar.

O projeto foi realizado, em parte, de acordo com o campo da história oral, pelo qual se busca a construção de memórias, sentidos e significados atribuídos por sujeitos. Memória é em larga medida uma reconstrução do passado com a ajuda de dados emprestados do presente. Podemos chamar de lembranças muitas representações que repousam, pelo menos em parte, em depoimentos. (HALBWACHS, 2006) A história oral é uma ferramenta de pesquisa utilizada para evidenciar a importância das narrativas que os sujeitos nos oferecem. Portelli (2000, p. 125) se refere à história oral como ciência e arte, pois é uma metodologia construída de modo aberto, livre e criativo, constituindo-se em um exercício democrático da palavra. “É uma relação entre a pessoa entrevistada e a que entrevista (diálogo), entre o presente sobre o qual se fala e o passado do qual se fala (memória)”

Nesse percurso criativo, me posicionei como pesquisadora do meu próprio lugar de trabalho e seu entorno. Munida da autorização do comitê ético, dos objetivos iniciais, e do aceite da equipe, iniciei um processo de me perguntar: “o que não estou vendo aqui?” e esse movimento foi uma espécie de abertura para uma nova relação com o lugar e suas histórias. Desde início considero esta pesquisa um projeto de História Oral. Meihy (2011) afirma que a História Oral não é um mero registro, algo

nostálgico ou neutro, pelo contrário, trata-se de uma provocação intencional e, portanto, um ato político.

Meu projeto de História Oral, no entanto, não se conteve com entrevistas gravadas e transcritas, que produziram importantes e interessantes memórias. Mas além delas adotei também uma técnica de observação, que ao meu ver, se assemelham com a Etnografia. Para Tim Ingold (2011, p. 1) “O objetivo da etnografia é o de descrever as vidas das pessoas que não nós mesmos, com uma precisão e uma afiada sensibilidade através da observação detalhada e da experiência de primeira mão”

Ao pensar sobre as possibilidades de convergência entre História Oral e Etnografia, encontrei no trabalho de Ana Maria Schimit Santos algumas reflexões que me pareceram coerentes a forma que os registros foram tomando:

> No que a história Oral e Etnografia convergem são o uso das fontes a ponto de seus pesquisadores tentarem trazer a voz do interlocutor de forma a respeitar aquilo que foi dito na íntegra. Outra convergência favorável às duas estratégias metodológicas de investigação são as narrativas, sendo evidente que cada uma possui uma forma diferenciada de colher e/ou adquirir suas fontes. As vozes dos interlocutores são pela história oral, portanto, obtidas pelas narrativas colhidas pelo pesquisador. A Etnografia também trabalha com as narrativas, demandando uma convivência mais aprofundada entre pesquisador e seu Outro. A necessidade de estar em campo e expressar de forma mais próxima daquilo que foi evidenciado faz parte da história oral, do mesmo modo, isso também converge com os propósitos da etnografia (Santos, 2016, p. 9).

Para cada uma das observações registradas, nomeei com número que indica a sequência de realização, e também um título que permite identificar a que se refere. Assim são elas: Observação 1 - Roda de Gestantes Doulas Ponta Grossa; Observação 2 - Parto da Val no HUMAI; Observação 3 - Santa Casa depois da chuva; Observação 4 - HUMAI noturno e as cigarras; Observação 5 - Bom Jesus; Observação 6 - Santa Casa noturno; Observação 7 - Nasceu na triagem HUMAI; Observação 8 - a visita do orientador; Observação 9 - óbito fetal e outras dores e Observação 10 - Suturar a língua do boi e carimbar com sangue de placenta: surpresas para quem?

As entrevistas foram planejadas de modo a cumprir os objetivos de construir memórias e sentidos, em conjunto com as pessoas que fazem parte desse universo de cuidado com o nascimento. Todos os entrevistados possuem uma relação íntima com as cenas do nascimento. Seja essa relação pela via voluntária, profissional, política ou pela vivência do parto. Por esse caminho, cheguei até esse momento com 16 entrevistas, cujas descrições breves seguem num excerto dessa introdução e as

apresentações detalhadas de cada um desses sujeitos, bem como da história das entrevistas, estarão disponíveis nos anexos do trabalho. Recomenda-se uma parada aqui para a leitura desse material, que é a parte mais gratificante de tudo isso.

As narrativas e construções de memórias sobre os processos históricos vividos pelos sujeitos é, nessa pesquisa, a fonte escolhida para a compreensão dos sentidos sobre práticas cotidianas. Partimos da ideia de que os cuidados com o nascimento não se explicam apenas pelas apresentações formais de protocolos e políticas que o regulamentam institucionalmente. Os preparativos para o nascimento, o parto e o puerpério são parte da vida dos sujeitos históricos, e estão presentes nas dinâmicas cotidianas especialmente de mulheres que forjam seus modos específicos de viver essas práticas. O modo como socialmente elegemos para cuidar do parto, não é fruto de um consenso, mas de disputas e tensões que advém de uma historicidade que forma o que culturalmente podemos perceber nas convivências entre as temporalidades presentes nas cenas de parto, que entrecortam caminhos entre tecnologias e humanização.

A novidade desta tese reside em compreender os modos de cuidados com o parto como elementos constitutivos de tramas culturais complexas que envolvem relações sociais e políticas. Assim, olhar para as temporalidades adensadas no HUMAI, significa olhar para a historicidade do processo e reconhecer a história viva que ali se expressa. Sem esse reconhecimento da multiplicidade de saberes e interpretações culturais sobre o parto e nascimento corre-se o risco da perpetuação da imposição do saber hierarquizado que oprime as tantas outras expressões históricas e culturais relacionadas ao fenômeno “nascer”.

Um questionamento que interessa a essa pesquisa é buscar compreender a quem pertence esse lugar, e quais políticas, costumes, tradições se estabelecem no decorrer de sua relação com saberes científicos e poderes institucionais que regulamentam e ordenam os espaços institucionais e políticas públicas referentes ao nascimento. Compreendendo que essas convivências e disputas aqui colocadas são fruto da historicidade da cultura do nascimento, este trabalho visa estender a investigação sobre como se constitui historicamente a cultura de parto e nascimento em Ponta Grossa.

Constatada a pluralidade de contextos e modelos culturais de interpretação e cuidado com o nascimento, o **objetivo** da investigação é: promover, pelo campo da história oral, aproximação, debate e construção de sentidos relacionados às histórias

das organizações políticas e culturais para os cuidados com o parto em Ponta Grossa-PR.

Os **objetivos específicos** para esse trabalho são: compreender a partir da construção de fontes orais, observações de campo, documentos institucionais e protocolos de saúde em uso, as diferentes modulações de cuidados do parto adensados no HUMAI-UEPG; realizar estudo historiográfico pautado na história cultural sobre as organizações institucionais que marcaram o período de transição entre parto domiciliar e parto hospitalar em Ponta Grossa e suas relações com o modelo de cenas de parto tecnológicos; Promover construção de memórias sobre práticas tradicionais de organização e cuidado ao nascimento que antecederam (e acontecem em paralelo) à hospitalização do parto em Ponta Grossa, a partir de narrativas de história oral de parteiras de Ponta Grossa.

A tese será dividida em três capítulos, e em cada um deles trataremos com cuidado especial de categorias que nos pareceram interessantes por expressar sobre culturas e políticas do parto. São elas: Espacialidades, Cenas culturais e políticas e tecnologias, segredos e temporalidades adensados no HUMAI.

O primeiro capítulo - Espacialidades do parto em Ponta Grossa, tem como objetivo trazer uma apresentação sobre os espaços de parto. Como podem ser descritos os lugares de nascer na história da cidade? Uma estrutura que está ali, fisicamente ou na memória, tem uma intencionalidade política de existir. Além das referências afetivas que constroem e dialogam com as identidades locais. Ao dizer: “Eu nasci no antigo Evangélico”, ou “Eu nasci na antiga Santana” ou ainda “Eu nasci em casa, quem me pegou foi a parteira Dona Helena”, estamos partindo de um espaço físico, que aciona uma enorme gama de elementos para pensarmos as cenas culturais da história do parto. Nessa direção, esse capítulo inicial busca apresentar o HUMAI, como um lugar de nascer, e também propõe um passeio nos lugares de parto de Ponta Grossa.

Os lugares identificados por essa pesquisa, onde existem ou existiram partos em Ponta Grossa, são: Hospital Santa Casa de Ponta Grossa, Hospital 26 de Outubro, Maternidade Santana, Hospital Vicentino, Hospital Bom Jesus, Hospital Evangélico, A Maternal. Por uma escolha de pesquisa, daremos ênfase às histórias da Santa Casa e do Evangélico. A princípio, a justificativa para a escolha desses dois lugares se dá pela recorrência de citação entre as fontes orais, que nos revelam um reconhecimento social da influência dessas duas instituições no cenário obstétrico da cidade.

O segundo capítulo trata de cenas culturais e políticas de parto, e trata de partos de antes-tempo, cuidados em casa por parteiras tradicionais, da emergência e permanência do parto hospitalar e por fim da polêmica sobre parto em casa. Esse capítulo nos mostra que um modo de cuidado do parto que faz sentido em um determinado contexto histórico antigo, é rico em acertos e erros. O que há de mais atual em termos de técnicas e tecnologias, também. Quando um protocolo clínico inclui uma prática sem comprovação dos benefícios (como por exemplo a episiotomia), ele institui um cuidado mais recente, que não é melhor que o escalda-pés, uma técnica das parteiras tradicionais. Para promover o que se objetiva neste capítulo, trataremos das histórias de “antes-tempo”, sobre a transição do lugar de parir (de casa para o hospital) e de volta para casa.

O terceiro e último capítulo discute tecnologias, segredos e temporalidades adensadas no HUMAI. Tais assuntos foram recorrentes nas fontes. Nas entrevistas e observações encontramos referências tanto aos equipamentos que sofreram melhorias e aprimoramentos no decorrer do tempo, (anestesia, pinard, ultrason) quando uso de recursos e técnicas de fácil acesso como calor, deambulação, posicionamento, que em alguns contextos foram anulados e vêm sendo revisitados e re-incorporados nas discussões atuais de humanização do parto. Nessa categoria, podemos pensar, portanto, na informação como aprimoramento de equipamentos e recursos, como também na tecnologia como processo.

Segundo Moraes de Sabino (2016, p. 233) “As tecnologias podem ser divididas em: leve - a constituição de relações para implementação do cuidado; leve-dura - a construção do conhecimento por meio de saberes estruturados e dura - a utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos”.

Sobre os segredos do parto, caminhamos por assuntos que são muito íntimos dentro de um lugar de parto. São coisas que acontecem, que são ditas, pensadas e sentidas, e que raramente tomam corpo de texto científico. São elas: os segredos femininos, as orações, músicas, cheiros, a relação com o sangue, com o umbigo, com a placenta, entre tantos outros temas que são muitas vezes mais representativos nas experiências de parir e assistir ao parto, que os protocolos formais da saúde. Além disso outros segredos como morte, luto, violências também foram encontrados e apresentados como fontes de reflexões deste capítulo.

Por fim, o tópico que trata de “temporalidades presentes”, traz uma síntese, convidando para um “novo passeio” ao HUMAI, apresentando esse lugar a partir dos

achados da história cultural do parto de Ponta Grossa, e as formas em que essas construções históricas se manifestam no que chamamos de adensamento de narrativas, memórias e temporalidades.

EXCERTO I
PARA UMA BREVE APRESENTAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Este trabalho é composto por uma interessante diversidade de lugares e experiências dos entrevistados ou sujeitos nas observações. Esse excerto tem como objetivo facilitar ao leitor o entendimento sobre o contexto da fala e da interpretação de cada participante. Apresenta como cheguei a cada um deles e minhas primeiras impressões como pesquisadora ao me aproximar do modo como cada um constrói uma narrativa. Também é objetivo desse trecho, deixar “à vista” informações que possam ser consultadas no decorrer da leitura, facilitando desse modo que o leitor possa “ir e vir” em busca de referências sobre os contextos de cada uma das entrevistas, entrevistados e observações.

MARIA CANDIDA, Benzedeira e Parteira tradicional de Itaiacoca, Distrito Rural de Ponta Grossa-PR. Tempo de entrevista 1 hora. Entrevista realizada em sua casa, na localidade de Ribeirão da Cruz, Itaiacoca em 20/03/2022

Projeto pronto, era hora de começar a construção das fontes. Por onde começar? A insegurança de dar o primeiro passo, foi superada com a escolha dessa simpática e sabida senhora de 82 anos, que já era conhecida minha de outras pesquisas e vizinhanças. Ao me receber em sua casa, Dona Cândida, conta sua trajetória como parteira que cuidava das mulheres em casa, em um contexto rural, em lugares de difícil acesso.

ROSILENE GOMES, farmacêutica bioquímica, gestora de serviços de saúde. Foi a última diretora do Hospital Evangélico. Tempo de entrevista 32 minutos. Entrevista realizada em seu estúdio de terapias alternativas, na região central de Ponta Grossa, em 30 de março de 2022.

Ao planejar como poderia saber mais sobre o Evangélico, lembrei da Rosilene, que já conhecia por meio do trabalho no hospital. Antes, as pessoas com quem conversei a respeito do Evangélico, se mostraram bastante retraídas em desenvolver

esse assunto. Mas diferentemente delas, Rosilene se dispôs com facilidade a me atender, e sua entrevista versou sobre a crise financeira e sanitária que levou ao fechamento dessa que foi umas das mais importantes maternidades da história da cidade. Rosilene também foi a responsável por me colocar em contato com Seu Altair.

REGIANE MARIA SERRA HOELDTKE, enfermeira obstetra, chefe de enfermagem do HU-UEPG. Tempo de entrevista 1hora e 06 minutos. Entrevista realizada nas dependências do HUMAI, em 30 de março de 2022.

Regi, como a chamamos, é minha colega de trabalho no HUMAI, foi quem organizou a “toque de caixa” a abertura da maternidade do Hospital Regional. Entrevistá-la teve como objetivos ouvir sua experiência na coordenação das equipes de maternidade do HU, bem como sua trajetória na enfermagem obstétrica em Ponta Grossa. As memórias de Regiane, fortalecem esse trabalho ao manifestar suas compreensões sobre tensões políticas e cuidados estabelecidos diante da cultura do parto.

MARIA MARGARIDA SOCZEK DA SILVA, enfermeira, coordenadora do setor de diagnóstico por imagem do HU/UEPG. Antes, trabalhou como assistente de enfermagem na maternidade do Hospital Vicentino. Tempo de entrevista 38 minutos. A entrevista ocorreu em sua casa, no dia 01 abril de 2022.

Margarida é minha tia, quase caçula, do lado paterno. Atualmente é Enfermeira, e trabalha no Hospital Universitário, no setor de Imagem. Entrevistar a Margarida teve como objetivo encontrar uma narrativa relacionada ao seu antigo trabalho, (de 1985) no Hospital Vicentino, que pudesse nos mostrar alguns aspectos da cultura cotidiana de uma maternidade que não está mais em funcionamento. A entrevista rendeu histórias cheias de emoção, que versam sobre uma trajetória de experiências cujas memórias demonstram os percalços do dia-a-dia, e também análises sobre profundas diferenças das tecnologias e dos cuidados adotados no decorrer dos tempos.

ALTAIR COELHO DE ANDRADE: farmacêutico bioquímico, aposentado. Foi diretor da Associação Evangélica de Ponta Grossa, entidade fundadora e mantenedora do Hospital Evangélico. Tempo de entrevista: 25 minutos. Entrevista realizada em seu apartamento, localizado na região central de Ponta Grossa, no dia 07 de abril de 2022.

Seu Altair foi o primeiro entrevistado que eu não conhecia. Ele, um senhor de 82 anos, é chamado de testemunha viva do Evangélico, pois trabalhou décadas dentro do hospital. A entrevista foi realizada em seu apartamento, juntamente com sua esposa, e relatou com riqueza de detalhes, o processo que compreende como "construção e o fim de um sonho". Sua perspectiva nos possibilitou uma aproximação com uma história do Evangélico anterior a conhecida crise que levou ao fechamento, e mostra movimento de sujeitos que se dedicaram para a existência desse lugar.

NEULAIR DOBEGINSKI: auxiliar administrativa. Trabalhou no Hospital Evangélico entre os anos de 2014 até 2016 (ano de fechamento). Entrevista com duração de 25 minutos, realizada em seu apartamento em Ponta Grossa, no dia 08 de abril de 2022.

Neulair foi indicada por seu Altair, que ao perceber que eu também tinha interesse em compreender nuances do dia a dia dos hospitais, me sugeriu falar com ela, que atendia na recepção, e que via muita coisa acontecer. Fiz contato com Neulair, que a princípio pareceu um pouco tímida, pois pensava não ter muito como contribuir, mas depois aceitou e me recebeu. As histórias rememoradas por Neulair nos permitem sentir um pouco da rotina de atendimentos da maternidade que chegou a atender 25 a 30 partos por dia. Podemos ter, a partir de seus relatos, uma aproximação sobre como a expansão, crise e fechamento do Evangélico foi assistido pela perspectiva de alguém que estava no balcão de atendimentos.

DERCIA MARINHO FERREIRA: professora. Filha de Helena Marinho Ferreira que atuou como parteira tradicional no Distrito Rural de Itaiacoca a partir da década de 1970. Entrevista com duração de 59 minutos, realizada em sua casa, na região de Uvaranas, no dia 18 de abril de 2022.

A entrevista com Dércia teve como objetivo o registro de suas memórias de filha sobre a trajetória de sua mãe como parteira tradicional. Dona Helena atualmente não consegue mais falar em decorrência de um problema de saúde. A estratégia, então, foi de entrevistar Dércia, que ao conviver diretamente com as práticas aplicadas por sua mãe, soma a essas observações, um ponto de vista muito interessante que abarca as abnegações e escolhas entre trabalho e família que muitas vezes fazem parte da vida dos profissionais de saúde. Além disso, encontramos ricos relatos sobre

o parto assistido em casa, problemas sociais e de saúde, e sobre como era possível parir em épocas e lugares não abrangidos por serviços públicos.

LARYSSA DALAZOANA BAIER: enfermeira obstetra. Professora no Departamento de Enfermagem da UEPG. Atua no HUMAI como coordenadora e preceptora da residência de enfermagem obstétrica do HU-UEPG. Tempo da entrevista de 29 minutos. Realizada na sala de estudos do HUMAI, no dia 12 de maio de 2022.

Laryssa foi convidada para a entrevista, especialmente por atuar em um lugar que tensiona as relações do HUMAI, que é a residência em enfermagem obstétrica. Mas a trajetória da entrevistada, nos rendeu muito mais que isso, pois pelas suas experiências, foi capaz de fazer leituras sobre como o contexto histórico faz com que haja uma cristalização de padrões, naturalização dos mesmos pelos sujeitos e instituições.

LETICIA FORBEK VON JELITA: Puérpera. Doula. Acadêmica de Ciências Biológicas. Letícia foi assistida pela clínica obstétrica após parto domiciliar. A entrevista foi realizada em seu apartamento, localizado na região do Jardim Carvalho, em Ponta Grossa. Tempo da entrevista: 58 minutos. Data: 22 de setembro de 2022.

Leticia nos narrou como pariu sua filha no chuveiro de casa e depois se encaminhou para ser avaliada no HUMAI. Além da possibilidade de inúmeras reflexões a partir desse atendimento não previsto pela maternidade, Letícia nos dá em sua narrativa, vestígios de uma rede informal, porém forte e atuante, muito ligada aos feminismos, que se apoia e se solidariza em Ponta Grossa. Esse grupo que envolve mulheres e homens que tendem a desejar um parto natural e sem intervenções desnecessárias, sente que precisa de apoio mútuo, pois está diante de uma grande disputa de modos de cuidados com o parto.

SEVERINO ORSATO JUNIOR: médico obstetra. Responsável técnico pela maternidade da Santa Casa. Atua também no HUMAI. Entrevista realizada em sala de aula do HUMAI. Duração: 51 minutos. Data: 10 de outubro de 2022.

A entrevista com o Doutor Severino, como o chamamos, foi realizada com o objetivo de trazer para essa pesquisa subsídios para compreendermos um pouco do

ponto de vista médico sobre os cuidados de parto na história da cidade. A posição de médico responsável pela maternidade de alto risco tem destaque na narrativa de Severino, que se revela um profissional muito atento e zeloso para evitar qualquer complicação. E sob seu ponto de vista, muita coisa pode complicar. Além de sua trajetória dentro do alto risco, Severino também traz reflexões sobre a mudança no posicionamento e discursos das mulheres durante a gestação e parto, e sobre mudanças de tecnologias, protocolos e fluxos de atendimentos dentro das instituições.

NORTHON ARRUDA HILGENBERG: médico ginecologista e obstetra. Atuou na maternidade do Hospital 26 de Outubro. Atualmente atende partos e ginecologia por planos de saúde e particulares. Teve experiência na gestão política da cidade. Entrevista realizada em seu consultório particular, na região central da cidade. Duração 40 minutos. Entrevista realizada 14 de outubro de 2022.

A entrevista com Doutor Northon foi mediada pelo Doutor Severino. O objetivo principal foi o de conhecer um pouco sobre a maternidade do Hospital 26 de Outubro. A entrevista, que foi concedida sem gravação, exigiu uma adaptação metodológica que valeu a pena, pois o entrevistado apresentou memórias que percorreram de 1976 até os dias atuais, com ênfase nos anos 2000, que foi palco de acordos, embates, tensões e adequações que promoveram muitas mudanças na política de parto em Ponta Grossa.

ARNICA MONTANA: enfermeira obstetra. Experiência na docência do ensino superior na área de enfermagem. Trabalhou como enfermeira obstetra. Atualmente trabalha como enfermeira em um hospital privado da cidade. A entrevista realizada em um café da região central da cidade, teve duração de 55 minutos. Data 13 de dezembro de 2023

Arnica Montana é o nome que a enfermeira escolheu para ser apresentada nesta entrevista. Essa foi a primeira entrevistada que preferiu um nome fictício. A convidei para participar com intenção de me certificar se um certo hospital da cidade estaria ou não realizando partos. Ela me informou que não. Mas além disso, trouxe profundas reflexões sobre as formas de aprender sobre parto e puerpério, sobre a importância da experiência e sobre as redescobertas de práticas ancestrais revisitadas nas maternidades públicas. A entrevista parece ter sido um espaço para falar sobre a obstetrícia como uma especialidade de trabalho onde Montana se realiza,

onde deposita instigantes reflexões. Não estar trabalhando na área atualmente, pareceu fazer Montana ainda mais interessada no debate que essa breve entrevista nos proporcionou.

FABIO POSTIGLIONE MANSANI: médico ginecologista e obstetra. Oncologista ginecológico e mamário. Filho de Conrado Mansani, médico obstetra responsável por tornar a maternidade da Santa Casa referência para alto risco. Entrevista realizada via google meet, com duração de 25 minutos, no dia 17 de dezembro de 2023.

Entrevistar Doutor Fábio, teve como objetivo inicial colher possíveis memórias herdadas sobre o trabalho de seu pai, Doutor Conrado Mansani, que atuou por 40 anos como médico ginecologista e obstetra na cena obstétrica da cidade, e em especial na Santa Casa. Fontes também atribuem ao Conrado Mansani, esforços que levaram à construção da Ala da Maternidade da Santa Casa. Como resultado dessa entrevista, Doutor Fábio nos aponta alguns marcos do cenário obstétrico da cidade, como inaugurações e reinaugurações de maternidades nos hospitais. Além dessas importantes contribuições, sua visão reconhecidamente “de fora” aponta para leituras daquilo que avançou e o que está voltando para trás, ou o mundo que está se reinventando na obstetrícia.

AMÉLIA. Auxiliar de enfermagem e parteira aposentada. Trabalhou na Maternidade Santana, Santa Casa e Evangélico. Formada parteira em São Paulo no ano de 1971. A entrevista realizada em sua casa, na região do Cará-Cará em Ponta Grossa, teve 2 horas e 59 minutos de duração, e ocorreu no dia 05 de janeiro de 2024

Amélia foi o nome escolhido pela entrevistada, para ser apresentada nessa pesquisa. Cheguei até Amélia com a ajuda de Montana. A entrevista com Amélia nos revela histórias acontecidas dentro das maternidades, em um momento de transição entre parto em casa e parto hospitalar. As narrativas de Amélia trazem informações que preenchem lacunas sobre tempos das instituições, mas também são cheias de emoção e de práticas cotidianas, tanto ensinadas por sua formação, quanto reveladas em sua experiência e trazidas de outras gerações até suas pacientes. A entrevista de Amélia nos faz pensar na implantação de uma lógica de trabalho de produção em

série, porém tensionada pela resistência dos cuidados femininos. Amélia se mostrou conhecedora de muitos segredos.

ANDRESSA CAROLINA ROTH. Enfermeira obstetra e Doula. Trabalha no HUMAI. Além desse trabalho, também é Idealizadora e responsável pela equipe "Lindo nascer - parto domiciliar planejado". A entrevista foi realizada via google meet, teve duração de 57 minutos, e foi realizada no dia 03 de abril de 2024.

Em determinado momento da pesquisa, me deparei com a necessidade de entender se há em nosso cenário obstétrico equipes que realizam parto domiciliar planejado. Acionada essa pergunta, a primeira resposta foi encontrada na rampa do HUMAI, onde estava estacionado o carro da Andressa, plotado com o anúncio da equipe denominada 'Lindo nascer'. A plotagem não é nova. Assim como as tentativas de emplacamento desse tipo de assistência na cidade. Em sua entrevista, Andressa nos contou sobre as imensas dificuldades encontradas no município de Ponta Grossa para garantir o direito de parir em casa. Dificuldades essas que criam um novo nicho de segredos, pois, nessa disputa não se pode cometer o erro de contar tudo o que se faz, mesmo que sejam condutas regulamentadas.

ANA PAULA COSTA ANDRADE Enfermeira Obstetra. Uma das fundadoras da equipe de parto domiciliar planejado Ventre Luz, que atuou em Ponta Grossa e Região. Hoje compõe a equipe Ama Nascer de Florianópolis-SC. A entrevista foi realizada via google meet, com duração de 1h18min, no dia 04 de abril de 2024.

Ana Paula é uma enfermeira obstetra que atuava em maternidades de Ponta Grossa, mas que mudou seu foco de atuação para a assistência ao Parto Domiciliar Planejado. Cheguei até ela por indicação da Andressa, que me concedeu entrevista anteriormente, e que vem trocando experiências com Ana Paula. A memória de luta para implementação de um fluxo entre equipes, gestores de políticas públicas e instituições do SUS para a efetivação do parto domiciliar planejado, como uma alternativa em Ponta Grossa, foi descrito por Ana Paula como: "sentir que estava no meio de uma floresta, e cada galho, cada parte que você abria, vinha um animal muito selvagem para atacar".

EXCERTO II

PARA UM BREVE RESUMO DAS OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO 1 - RODA DE GESTANTES - DOULAS PONTA GROSSA. Realizada no dia 09 de abril de 2022, sábado, no Parque Ambiental de Ponta Grossa, reuniu doulas, gestantes e demais interessados, somando 8 pessoas.

Essa primeira observação do meu caderno de campo, foi registrada ainda sem muita definição metodológica. A intenção em participar dessa roda de gestantes, que foi organizada pelo Coletivo de Doulas Ponta Grossa, foi inicialmente aprender mais sobre o que se diz sobre parto nesses espaços extra-hospitalares. As notas tomadas nesse dia, contudo, trazem ricos discursos sobre o trabalho social e político das Doulas, e da comunidade de sentidos a qual pertencem, que tensionam as instituições para a abertura de espaço de decisões sobre parto que envolvam as gestantes. Além disso, também foi possível sentir a tendência existente nesses espaços de discussão, uma defesa pela retomada do parto normal sem intervenções desnecessárias, como via de parto preferencial tanto pelos protocolos institucionais, quanto pela escolha das mulheres.

OBSERVAÇÃO 2 - PARTO DA VAL NO HUMAI. Realizada nos dias 01 e 02 de junho de 2022 no HUMAI e 06 de julho de 2022 na casa da Val.

Considero que a observação do parto da Val e a posterior possibilidade de visitá-la em casa, gerou uma das fontes mais completas e enriquecedoras para essa pesquisa. Val me permitiu acompanhá-la desde o início do trabalho de parto, e isso ocorreu em um momento em que já tínhamos definido melhor o caminho metodológico a ser aplicado. Estar com a Val dentro do HUMAI, enquanto ela “esperava e trabalhava” para a chegada da Kauane Aparecida, sendo ela “mais uma” parturiente assistida pela equipe, foi sem dúvida um privilégio de pesquisa que meu lugar de atuação me permitiu. Mas essa observação me rendeu muito mais do que ver outro lado do atendimento do HUMAI, pois durante aproximadamente 12 horas ouvi e estive com a Val, que em suas narrativas não estava apenas naquela maternidade, e me levou a conhecer sua trajetória como mãe, filha, esposa, trabalhadora, nora. Ao contar sobre seus outros partos em diferentes maternidades, e sobre como sua avó cuidava dela no puerpério, ela me revelava saberes, práticas, interpretações e costumes que são elementos constitutivos da história e da cultura do parto. Estive com Val em uma

experiência, porém reveladora de elementos que unem muitas outras mulheres em suas experiências de parir e cuidar.

OBSERVAÇÃO 3 - SANTA CASA DEPOIS DA CHUVA. Realizada dia 07 de junho de 2022, na ala 300 (maternidade) da Santa Casa de Ponta Grossa.

Adentrei na Santa Casa, como pesquisadora (devidamente autorizada) em um dia de chuva, antecedido por uma noite de chuva. Essa primeira experiência veio cercada de um "movimento" extraordinário, que me fez conhecer estruturas que talvez não tivesse observado se não fosse o alagamento do andar, que afetou um setor altamente tecnológico. Além disso, essa observação de um dia atípico, também me colocou em contato com a sala das enfermeiras, que chamei de "bastidores", onde pude encontrar muitas semelhanças com as demandas que vejo e participo no HUMAI.

OBSERVAÇÃO 4 - PLANTÃO NOTURNO NO HUMAI. Realizado dia 08 de julho de 2022, no HUMAI

Ao realizar esta observação durante o plantão noturno, que chamei de "outro lugar dentro do mesmo lugar", o que de mais especial pode ser registrado no momento silencioso e de menor procura, foi a localização do HUMAI, sua estrutura física, seus espaços pequenos e a conversa com as fronteiras desse lugar. Ouvir as cigarras, o esforço do motor ao subir a rampa, perceber as telas anti-insetos, trouxe reflexões sobre a história dessa estrutura hoje chamada de HUMAI, e nos faz pensar em correlações sobre outros espaços também já adaptados, ou improvisados que foram usados como lugar de parir na história da cidade. Além disso, essa observação também traz consigo elementos para pensarmos sobre a relação dos sujeitos com os lugares, e os sentimentos despertados nessa relação.

OBSERVAÇÃO 5 - BOM JESUS - OBSERVAÇÃO EXTERNA. Realizada na sala de espera do Hospital Bom Jesus dia 15 de agosto de 2022.

O resultado desta observação é uma tentativa de datar o funcionamento de uma importante maternidade em Ponta Grossa. Não obtive fontes advindas da instituição sobre quando e como atendeu aos partos na cidade. Na espera para talvez ser atendida em meus questionamentos, tracei linhas de observação, ali na sala de espera, anoto o que percebo dos símbolos, recorro às minhas próprias memórias,

visualizo permanências históricas e principalmente as novas configurações necessárias para a existência do hospital no atual contexto de serviços de saúde. O hospital ligado à igreja de Rito Ucraniano, preserva fortemente algumas de suas tradições, é gerenciado por irmãs religiosas, é o mesmo que investe em modernos planos de saúde e marketing para adentrar à competição de mercado.

OBSERVAÇÃO 6- SANTA CASA NOTURNA. Realizada em 05 de outubro de 2022 na ala 300 (maternidade) da Santa Casa de Ponta Grossa.

Os registros da observação realizados nesta noite, somam para esta pesquisa ao trazer informações sobre fluxos e protocolos, também sobre as diferenças das demandas e equipes presentes durante o dia e a noite. Como se atende um caso judicializado que envolve um recém-nascido, como se resolve um cuidado sem acompanhante também foram assuntos pautados na noite desta observação. Contudo, uma situação na qual fez nossa conversa girar, foi a possibilidade anunciada de fechamento da maternidade da Santa Casa. O fechamento estava anunciado e justificado pelo fato do HU estar preparado para assumir os partos de alto risco. O fechamento da maternidade já estava sendo sentido pela equipe do plantão noturno.

OBSERVAÇÃO 7 - NASCEU NA TRIAGEM! Observação realizada no HUMAI no dia 10 de novembro de 2022

A sala de triagem da maternidade do HUMAI divide parede com a sala do Serviço Social. Esse fato gerou a possibilidade dessa observação, que teve como resultados detalhar alguns aspectos do parto e da maternidade que não são protocolares, mas que são perfeitamente possíveis considerando a fisiologia do parto. Um bebê nasceu na triagem por falta de tempo para se encaminhar a mulher para o quarto. Seu outro filho de 2 anos assistiu tudo. Como esse acontecimento, que poderia ser considerado natural, repercutiu dentro da maternidade, entre os profissionais e para a puérpera é a matéria dessa observação.

OBSERVAÇÃO 8 - A VISITA DO ORIENTADOR. Observação realizada no HUMAI no dia 08 de maio de 2023

Quando o orientador dessa pesquisa compareceu ao HUMAI, com a finalidade de prestar uma orientação e conhecer o espaço que estava lendo através das minhas percepções, tanta coisa aconteceu, que a visita acabou se desdobrando em mais uma

observação. O passeio, durante o qual eu narrava o que víamos, despertou reflexões sobre os costumes gerados pela rotina de estar no lugar. Cheiros, corredores, sala de parto, UTI são alguns dos exemplos que aparecem revisitados depois da visita do orientador. Além disso, estarmos diante de uma notícia de óbito gerou um desconforto que resultou em uma narrativa sobre a presença da morte na maternidade e os silêncios que esta costuma despertar.

OBSERVAÇÃO 9 - ÓBITO FETAL E OUTRAS DORES. Observação realizada no HUMAI no dia 22 de outubro de 2023

Essa observação teve como início um atendimento que realizei como assistente social. Posteriormente ao atendimento, fiquei pensando nessa história, que retrata uma entre tantas dores que estão presentes na clínica obstétrica. A história da Ana (nome fictício) que perdeu seu bebê com 30 semanas de gestação, e precisou viver um processo de indução de parto e sepultamento de seu bebê sem rede de apoio familiar, nos faz pensar sobre tantas dores e lutos e abandonos a que muitas mulheres são submetidas.

OBSERVAÇÃO 10 - SUTURAR A LÍNGUA DO BOI E CARIMBAR COM SANGUE DE PLACENTA: SURPRESAS PARA QUEM? Observação realizada no HUMAI no dia 20 de março de 2024

Entrar em uma sala de estudos de um Hospital Universitário e encontrar profissionais suturando línguas bovinas deveria ser um fator de surpresa? Pensar que jovens enfermeiras que travam uma luta pela humanização do parto, carimbam folhas com sangue de placenta para presentear as mães, é uma ação surpreendente? Essa observação tem como principal contribuição, a reflexão sobre a desnaturalização da relação com sangue e tecidos, que levam também ao fato de muitas características do parto serem t tratadas como segredos, inclusive dentro da instituição hospitalar.

CAPÍTULO 1 – ESPACIALIDADES DO PARTO EM PONTA GROSSA-PR

As espacialidades serão aqui entendidas como modos de organização. Por vezes podem ser datadas de outros momentos, e assim ser expressão de memórias. A espacialidade apresenta características predominantes que a qualificam e a diferenciam historicamente das outras. Segundo Ramos:

> A noção de espacialidade traz consigo a ideia de processo em permanente movimento, ou seja, não se trata do espaço em si, mas do espaço na história, pensado como processo histórico, incluindo tanto o realizado quanto o possível, num constante movimento dialético. Mesmo porque não existe espaço a priori, ele só pode ser pensado como espaço social, não sendo uma categoria independente da realidade (Ramos, 1982, p. 68).

Considerando espacialidade como um processo, vamos examinar algumas instituições de referência que são constituintes das memórias dos lugares de parir em Ponta Grossa. Espacialidade não é “apenas” o espaço em si, mas também o envolve. O antigo Hospital 26 de Outubro, hoje abriga o prédio da Fundação de Assistência Social, e nenhum serviço de saúde é realizado ali há muitos anos. No entanto, para muitas pessoas é “o lugar onde nasci”. Para Santos (1994, p. 59) “o lugar abarca uma permanente mudança, decorrente da própria lógica da sociedade e das inovações técnicas que estão sempre transformando o espaço geográfico.” Ainda, numa perspectiva mais fenomenológica, o mesmo autor nos diz: “O lugar é onde estão os homens juntos, sentidos, vivendo, pensando, emocionando-se” (Santos, 1994, p. 59).

Sendo assim, o “passeio” aqui proposto pretende partir dos prédios (existentes ou extintos), para acessar alguns modos de organização que dão vida e história e configuram-se como lugares que compõem as espacialidades.

1.1 UM HOSPITAL REGIONAL EM PONTA GROSSA - A CIDADE ENCRUZILHADA

Ponta Grossa é a cidade onde se localiza nosso estudo sobre a história do parto. Considero que estudar a história do parto sem aterrar nossa curiosidade acadêmica em um lugar, seria um projeto inviável para uma pesquisa cultural. Nosso recorte espacial está dentro de um município que demonstra características interioranas, que podem ser identificadas pelos chegantes, e também em estudos históricos e geográficos sobre a cidade. Ao mesmo tempo, a cidade também carrega consigo um movimento intencional de desenvolvimento urbano. Sem pretensão de

aprofundamento na história da formação da cidade, brevemente podemos examinar alguns achados da historiadora Rosângela Petuba, sobre o que se denomina como “a construção da cidade encruzilhada”. Fontes históricas utilizadas para esse objetivo, vão desde o um relato de viagem do historiador Nestor Vitor, que em 1913 definiu o então vilarejo como de “Alma pesadona e dorminhoca”, até a constatação de Eno Wanke, que define que a vinda do progresso em Ponta Grossa veio a partir do entroncamento ferroviário (Petuba, 2011). Sobre tais construções discursivas a respeito da cidade, a historiadora analisa:

> Longe de se amparar em uma feliz coincidência geográfica, encobria um processo histórico cheio de interesses e conflitos, onde se imbricavam a legitimação de alguns projetos de desenvolvimento urbano e silenciavam-se outros (Petuba, 2011, p. 115).

Ponta Grossa, sendo uma cidade nem grande, nem pequena, deixa transparecer esse lugar: uma cidade interiorana, que conserva culturalmente muitos costumes, e que ao mesmo tempo tem um ensejo do desenvolvimento, se tornando referência em setores como a saúde, para os municípios do seu entorno, mantendo em alguns aspectos sua vocação de entroncamento, ou encruzilhada.

A população da cidade de Ponta Grossa chegou a 358.367 pessoas no Censo de 2022, o que significa que é a quarta cidade mais populosa do Paraná, depois de Curitiba, Londrina e Maringá. Se considerarmos as definições de Braga (2005), Ponta Grossa está entre as cidades brasileiras de porte médio, cuja população está entre 100 mil a 500 mil habitantes. Visitando o site da prefeitura, encontramos a seguinte definição:

> Ponta Grossa está localizada no 2º Planalto Paranaense da região dos Campos Gerais. Considerado o principal entroncamento rodo-ferroviário do Sul do país, destaca-se dos demais municípios, devido à sua posição geográfica pela facilidade de acesso a todas as regiões do Estado.

Considerando essa particularidade geográfica, podemos iniciar algumas considerações sobre motivações para que Ponta Grossa fosse escolhida como uma das cidades do Paraná para receber um Hospital Regional. Para entender cronologicamente: Hospital Regional de Ponta Grossa Thadeu Wallace de Mello e Silva (HRPG), foi seu primeiro nome. Como Hospital Regional dos Campos Gerais (HURCG) foi posteriormente renomeado, e por fim, Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG) é a nomenclatura atual. O Hospital Regional, e toda sequência de novas nomenclaturas e expansões derivam de movimentos políticos e

culturais que sofrem são permeados pelas características pontagrossenses, mas que têm relação com um sistema maior.

O sistema de saúde brasileiro é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas, estabelecidas em diferentes períodos históricos. Dentro de um contexto de multiplicidade de organizações, nos anos 2000, no Estado do Paraná, deu-se a criação de cinco Hospitais Regionais do SUS, com a perspectiva do atendimento de Regionais de Saúde que apresentavam carência de atenção terciária, especialmente entre os municípios de pequeno porte. Podemos olhar para a construção desses hospitais, como uma ação de fortalecimento do SUS, já que historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde.

Dentre os Hospitais construídos nesse período, a unidade que hoje denominamos Hospital Regional Universitário Regional dos Campos Gerais - HURCG-UEPG, inaugurado em 2010, foi estabelecido no município de Ponta Grossa, que fica na região centro-sul do Estado do Paraná, que se destaca devido à sua posição geográfica pela facilidade de acesso a todas as regiões do Estado.

A atenção terciária em saúde é componente de uma organização que observa um modelo que visa instituir a prevenção de agravos pela atenção primária, e encaminhar quando necessário para níveis mais complexos de cuidado, como por exemplo assistência especializada e hospitalar. Para isso, têm sido utilizadas diversas estratégias, em particular o Programa de Saúde da Família (PSF), que é a principal estratégia de estruturação do SUS desde 1998.

Na atenção secundária[5], a prestação de serviços especializados no SUS sofre com a oferta limitada com relação aos diagnósticos sendo assim muitas vezes dependente de contratos com o setor privado.

Os desafios da atenção terciária[6], no Brasil, incluem a garantia da qualidade da atenção e da segurança do paciente, o acesso a políticas eficazes para procedimentos de alto custo e especializados, além da coordenação com a atenção básica para construção dos serviços organizados na forma de redes, oferecendo aos municípios

5 A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

6 A Atenção terciária fornece atendimento de alta complexidade, sendo formado por hospitais de grande porte. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, transplantes e partos de alto risco.

mais possibilidades de internações fora de seus territórios. Para tanto evidencia-se a necessidade de regionalização dos serviços com mecanismos regulatórios para a garantia da assistência hospitalar, reduzindo as desigualdades de acesso.

Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa/PR) inaugurou o Hospital Regional dos Campos Gerais (HRPG), fomentado no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde (RAS) adotadas no Paraná como modelo de atenção para melhoria do acesso e da qualidade nas ações prestadas à população.

A Inauguração oficial se deu em 31 de março de 2010, e a partir de então recebeu diversas denominações oficiais e populares, sendo o primeiro nome, pelo qual raramente é chamado: Wallace Thadeu de Mello e Silva. Sua localização está estrategicamente no polo central da região dos Campos Gerais, que possui cerca de 750.000 habitantes. O Hospital Regional dos Campos Gerais surge com a pretensão política de integrar e complementar a Rede de Assistência à Saúde de média e alta complexidade da região dos Campos Gerais.

Podemos pensar sobre a importância atribuída politicamente à essa obra, quando nos deparamos com as inúmeras polêmicas e disputas a respeito de quem teria sido responsável pela construção e inauguração do Hospital. Das muitas vozes, podemos destacar a imprensa local, que contava com radialistas interessados em seguir carreira política, as contraposições de grupos políticos favoráveis e contrários ao governador do Estado, e a iminência de novas eleições, fomentaram uma diversidade de opiniões que somaram ao conjunto de discursos à opinião popular sobre o empreendimento. Afinal o que esperar dessa grande obra que por vezes era narrada como uma solução para os problemas de saúde da região, e outras como apenas uma obra de interesse eleitoreiro. Vejamos algumas dessas versões:

Nas notícias do Jornal Gazeta do Povo, e do site da Prefeitura de Ponta Grossa, a inauguração assume diferentes tons. Enquanto alguns problematizam a inauguração ocorrida sem os equipamentos mínimos necessários, outros focam na dita grandeza da obra e na expectativa da população em relação ao hospital.

> O governador Roberto Requião aproveita seu último dia no cargo para inaugurar hoje, em Ponta Grossa, nos Campos Gerais, o Hospital Regional da cidade, que leva o nome de seu pai Wallace Thadeu de Mello e Silva. O hospital, que custou R$30 milhões, está com o prédio construído mas ainda não recebeu todos os equipamentos. Por isso, só estará funcionando com capacidade total em agosto. O diretor-geral da unidade, Adroaldo Araújo, reconhece que não há condições de colocar todo o hospital em funcionamento agora por falta de pessoal e equipamentos.

> Motivação eleitoreira: Para o deputado estadual Marcelo Rangel (PPS), a inauguração do hospital tem motivação "política e eleitoreira", pois ainda não está pronto para atender à população. Já o deputado Jocelito Canto (PTB) não considera "demagogia" a inauguração antecipada e alega que é "justo" que o governador participe da solenidade, ainda mais porque a unidade leva o nome do pai dele. Segundo Jocelito, há mais de 40 anos Ponta Grossa esperava por um hospital público desse porte e que Requião foi audacioso ao autorizar a obra[7].

O trecho de notícia evidencia o custo da obra, demonstra disputas políticas, mas destaca principalmente a questão da incompletude da estrutura para seu funcionamento. Esse ponto de vista é também recorrente quando ouvimos relatos dos primeiros profissionais do Hospital Regional. Um grupo enxuto, de aproximadamente 500 profissionais, contratados via concurso público, fizeram frente à inauguração, e nos contam a cada oportunidade, sobre como tiveram que inventar um meio para iniciar o atendimento anunciado precocemente, em meio ao caos de equipamentos encaixotados, a iminência da chegada dos pacientes, os fluxos de atendimento não concluídos. Além disso, pressão política, e expectativas da população que ansiava pelo Hospital Regional, como aquele que prometia ser a solução para os problemas de saúde da região.

Já outra fonte, uma nota divulgada no site da Prefeitura de Ponta Grossa nos permite apreciar um ponto de vista mais relacionado à grandeza atribuída à estrutura física do Hospital:

> O prédio em forma de cruz tem 12.000 metros quadrados de área total, possui estacionamento para 400 veículos e heliponto. No pavimento térreo existe um o acesso para um centro de triagem e para uma unidade de Pronto-Socorro. De lá, os pacientes serão encaminhados para consultórios, pronto-atendimento e serviço de diagnóstico por imagem (com salas para radiografia, tomografia, etc.), com as salas de espera e recuperação. No pavimento superior estão o Centro de Terapia Intensiva (a UTI), a área de administração, um anfiteatro e espaços para apoio a ensino e pesquisa. Nos três pavimentos acima estão instalados, à volta do amplo mezanino, os apartamentos, enfermarias e quartos de isolamento, além de sanitários https://pontagrossa.pr.gov.br/node/8306

Após a inauguração, as atividades se iniciaram paulatinamente, e no mês de maio do mesmo ano, um amplo Ambulatório de Especialidades teve início. Em outubro, a criação da Clínica Cirúrgica, imprimiu um importante movimento para as filas de espera de cirurgias eletivas que se formavam nos municípios agora atendidos pelo Hospital Regional. Logo na sequência os serviços da Clínica Médica passaram

7 Disponível em: https://www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/governador-inaugura-hospital-que-atendera-parcialmente-0cuefunmuizytqv7w96oxtrv2/.

a ser oferecidos pela instituição, permitindo diagnósticos e tratamentos mais complexos, manifestando de antemão as possibilidades de configurar-se como um hospital de ensino, pois nesse início já delineava-se como uma instituição interessada não apenas em oferecer tratamentos superficiais, mas em atingir diagnósticos e realizar planos de tratamento individualizados e minuciosamente estudados e discutidos pelas equipes multiprofissionais.

Esse modelo de atendimento, pode ser considerado um avanço por oferecer tais serviços em um hospital totalmente custeado pelo SUS, e com capacidade de ampliar e aproximar as vagas das populações antes com mais dificuldades de acesso a serviços dessa qualidade.

Em julho de 2010 a Unidade de Terapia Intensiva Geral (UTI), para atendimento de pacientes adultos, passou a compor o rol de serviços oferecidos. Essa ampliação refletiu nas possibilidades de cirurgias e atendimentos clínicos mais complexos, além do atendimento de emergências como acidentes ou agravamentos de doenças crônicas que necessitam de suporte intensivo. Em 2013, no mês de julho, iniciaram-se as Clínicas de Infectologia e a Clínica de Neurologia.

Seguindo o ritmo de expansão dos serviços, no mês de novembro o Hospital Regional iniciou as atividades da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, que representaram um alívio para a rede de saúde da região, que há tempos sofria pela falta de vagas dessa categoria, sendo noticiadas necessidade de transferências muito distantes para tentativa de dar suporte para essas demandas.

A partir de 2013, uma importante mudança traz nova vocação ao hospital, que passou a ser Universitário, em parceria com a Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Esta que já havia cedido o terreno para a instalação das edificações, passa a gerir o agora denominado Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, chamado também de HU-UEPG.

Dentre as principais mudanças trazidas pela gestão da UEPG, podemos destacar a criação as residências multiprofissionais[8], financiadas pelo Ministério da Saúde. Atualmente o HU-UEPG conta com seis programas de residência multiprofissional em saúde, sendo elas: Saúde do Idoso, Intensivismo, Reabilitação, Neonatologia, Urgência e Emergência e Saúde Mental.

8 A Residência Multiprofissional é uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu destinada a profissionais da saúde.

O primeiro programa de residência inaugurado foi o de Saúde do Idoso, em 2014. Composta pelas áreas profissionais de serviço social, enfermagem, fisioterapia e odontologia. A inserção da residência foi uma novidade para os trabalhadores da saúde lotados no Hospital. Muitas mudanças ocorreram na forma de organização do trabalho. Houve urgência em se aprender a conviver com motivações e objetivos diversos e apropriar-se de como lidar com residente, preceptor, tutor, entre outros novos papéis inseridos na vida cotidiana do Hospital, o que ao mesmo tempo trouxe um frescor pela reaproximação com a linguagem acadêmica e pelas as reflexões sobre o fazer profissional, exigido cada vez mais por todos esses novos atores.

Por outro lado, não podemos deixar de considerar uma importante pauta sobre o sistema de ensino na prática pelo modelo de Residência, que destaca que tal modelo muitas vezes é utilizado para suprir a falta de mão de obra profissional, de modo econômico. Residentes médicos e multiprofissionais, cumprem carga horária de estudos e trabalho consideradas extenuantes, que chegam a 60 horas semanais, e muitas vezes são responsáveis por atender setores inteiros. Esses debates podem ser acompanhados, por exemplo, nos Anais do Encontro Nacional de Residências em Saúde, que ocorrem anualmente[9].

Diante desses ares de expectativas, críticas e expansão de serviços, é que podemos reconhecer alguns aspectos do Hospital que se tornou o responsável pela principal maternidade pública da cidade de Ponta Grossa. O Hospital Regional, durante seu processo de constituição, já tinha em si uma expectativa de ter uma maternidade. Apesar da notícia da abertura ter sido recebida com urgência pela equipe, no ano de 2016, a expectativa para que ela ocorresse vem desde a inauguração do Hospital. Podemos reconhecer no trecho da entrevista concedida pela Enfermeira Regiane, como tal expectativa circundava os sujeitos:

> Quando passei no concurso do Hospital Regional dos Campos Gerais, nós começamos a montar o hospital e desde o início existia uma previsão que houvesse uma maternidade. Quando a gente chegou e assumiu esse concurso, a atual diretora de enfermagem que era Enfermeira Gisele, ela chamou todo mundo, todas as enfermeiras que assumiram esse concurso e colocou quais os setores que cada um gostaria de trabalhar. Alguns foram para o pronto atendimento, outros centro-cirúrgico, e a minha escolha desde o início sempre foi maternidade. Porém a maternidade demorou para abrir (Hoeldke, 2022).

9 Disponível em: https://www.even3.com.br/xiienrs2022/.

O que Regiane nos comunica de sua experiência pessoal, revela a expectativa de outros profissionais de dentro do Hospital Regional, e também sobre como essa “demora” da maternidade no hospital que prometia resolver tantos problemas de saúde da região, pode ter motivado alguns movimentos que evidenciam os problemas enfrentados pelo Hospital Evangélico, que foi a maternidade que antecedeu a do Hospital Universitário Regional. Regiane segue contando:

> Passado uns cinco anos do funcionamento efetivo do Hospital Universitário, tinha uma maternidade na cidade que era o Hospital Evangélico, que tava tendo alguns problemas em questões financeiras e outros. Acabou fechando e o serviço do Hospital Evangélico foi para o Hospital Universitário. O dia que eu fui chamada pela gerente de enfermagem, ela me jogou o desafio de eu subir e montar a maternidade que iria abrir ali no hospital. Eu perguntei quando que essa maternidade ia ser inaugurada, e ela falou: ‘em quinze dias!’ (Hoeldtke, 2022).

O lento processo de fechamento do Hospital Evangélico foi anunciado e reconhecido por diferentes grupos sociais. O que antecedeu esse evento de transferência dos atendimentos do Evangélico para o Hospital Universitário Regional, foi um conjunto de determinantes que mais adiante iremos examinar a partir de outras fontes e entrevistas. Apesar do lento processo, a sensação para quem viveu a chegada da maternidade foi de “susto”, o que demonstra um planejamento político e de gestão que não envolveu diretamente profissionais do cotidiano do serviço. Conforme Regiane:

> Eu fui pega de surpresa, no susto. Eu tive 15 dias para estruturar toda a equipe e ir atrás de colegas enfermeiras, para que junto comigo viessem e abraçassem a causa da maternidade, para a gente fazer da maternidade do Hospital Universitário a melhor maternidade de Ponta Grossa, mantendo a qualidade que o Hospital Universitário já tem em atendimento. Em quinze dias nós estruturamos todo um setor. Quando inauguramos a maternidade, nós inauguramos com 42 leitos, mais 10 leitos de berçário para as crianças que necessitam ficar internadas (Hoeldtke, 2022).

Nossa entrevistada parece manifestar em sua narrativa, lembranças cheias de tensão e alegria, experimentada pela abertura da maternidade, somadas ao sentimento de responsabilidade.

> No primeiro parto eu chorei muito porque foi um parto muito bonito, foi um parto humanizado, no leito do pré-parto. Foi um parto com médico, com estudante, com residente. Com a equipe de enfermagem em volta. Mas assim… foi um parto extremamente estressante para mim, porque o meu medo era que aquele nosso primeiro nascimento no Hospital Universitário não desse nada certo. Graças a Deus deu tudo certo, o bebê nasceu super bem, a família ficou super feliz. Foi muito legal e muito interessante (Hoeldtke, 2022).

O relato de Regiane, sobre o primeiro parto na maternidade do Hospital Universitário, vem ao encontro da ideia de funcionamento de um Hospital de Ensino. O evento ocorreu dentro de protocolos que preveem a formação e a especialização profissional, além de dar sinais de se primar pelo intenso acompanhamento profissional, especialmente médico, para que o parto fosse realizado adequadamente. Essa ideia, que corresponde a hospitalização do parto, apesar de predominante, encontra forças de resistência em grupos que reivindicam a autonomia da mulher durante o parto, e a mínima intervenção. Essas forças de resistência não são apenas externas ao hospital, e na própria cena acima, podemos identificar as convivências de diferentes vertentes interpretativas sobre cuidados adequados ao parto: “foi um parto humanizado, no leito do pré-parto”. A ocorrência do parto no leito do pré-parto por si só é indicativo do reconhecimento que a tecnologia necessária para o parto normal é bastante simples.

Ainda sobre os registros de memórias relacionados ao primeiro parto do Hospital Universitário Regional, pode-se encontrar no portal da UEPG, uma notícia que parecia dar o tom para esse serviço recém inaugurado, buscando que o mesmo fosse reconhecido como um espaço seguro, bem estruturado e humanizado.

> Poucas horas após a abertura da Maternidade para atendimento às pacientes da região, o Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG) registrou o primeiro nascimento. O atendimento vinculado ao HU iniciou às 7 horas, desta quarta-feira (1º/6). Três horas depois (às 10h43), nasceu Lucas Emanuel Marcondes, de parto normal, saudável, com 2,8 quilos e 49 centímetros. [...] Com o filho ao lado (conforme recomendação da OMS) e sorriso aberto, Valnice confessa que chorou quando o viu pela primeira vez, num misto de alegria e preocupação, por ter nas suas mãos o destino de uma nova vida (UEPG, 2016).

A reportagem detalha o trajeto da puérpera, suas impressões iniciais do atendimento, e sobre a escolha da paciente pelo parto normal. A mãe se declara satisfeita com o atendimento que recebeu, e o avalia como excelente. Em destaque, a reportagem faz questão de marcar que o procedimento se deu de modo a cumprir a recomendação da Organização Mundial de Saúde. Com isso, percebemos a intenção da nova maternidade em marcar o modelo de parto humanizado pretendido, já que as recomendações da OMS dão base para todas as discussões que versam sobre a humanização do parto.

Dentre as imagens que ilustram a reportagem, chamam a atenção:

Figura 1 – Primeiro nascimento/parto no recém-aberto HU-UEPG



Figura 2 – Parte da equipe da maternidade do HU-UEPG



Fonte: UEPG, 2016.

As fotografias escolhidas para retratar o sucesso do primeiro parto do HU-UEPG mostram, primeiramente a mãe ao lado de seu bebê, e na sequência a equipe médica e de enfermagem, com o bebê recém-nascido sendo exibido para a fotografia, e ao fundo, sem estar participando da cena, quem podemos supor seja a avó que acompanhou o parto.

Evidentemente essas imagens são fontes que sozinhas não podem nos dar indícios sobre a condução desse parto e a participação efetiva da parturiente e da acompanhante. No entanto, a cena que se apresenta pode nos fazer refletir sobre uma busca de incrementação do parto hospitalar, fortalecendo o sentido que o parto necessita ser “feito” por outrem. Emily Martin (2006) quando apresenta em sua obra A Mulher no Corpo - uma análise cultural da reprodução, pode nos remeter à construção histórica sobre o tratamento médico dado ao parto. Nas palavras de Martin (2006, p. 105):

> No desenvolvimento do pensamento e da medicina ocidental, o corpo passou a ser visto como máquina. Essa metáfora dizia que era como se o ventre e o útero formassem uma bomba mecânica que, em situações específicas, era mais ou menos adequada para a expulsão do feto. No desenvolvimento da obstetrícia, a metáfora do útero como máquina é combinada ao emprego de instrumentos mecânicos reais, que tiveram o papel de substituir as mãos das parteiras por mãos masculinas que usam ferramentas.

No trecho acima, a autora está tratando da medicina francesa dos séculos XVII e XVIII. Sendo assim não se aplica, sem risco de anacronismo, à realidade da recém inaugurada maternidade que estamos tratando. O movimento da história e o desenvolvimento da ciência e da política de parto incorporaram muitas outras

questões que constituem a assistência ao parto. Mas um elemento da reflexão de Martin é essencial para compreendermos o parto na realidade escolhida para esse estudo, que é o emprego da tecnologia para interferir no processo. Pretendemos lançar olhar a fim de compreender como isso se deu ou se dá na prática de cada tempo e espaço adensados atualmente na maternidade do HU-UEPG.

Como figura demonstrativa das diferentes perspectivas presentes na cena, podemos identificar na mesma reportagem, um cuidado para que a imagem da mãe com seu bebê seja destacada. Se intencional, essa escolha pode estar tentando demonstrar que a instituição que recém inaugurou um serviço, tem uma preocupação de proporcionar protagonismo à mulher, qualificando dessa maneira a assistência obstétrica do município. Ou nas palavras de Regiane: “Foi um grande salto, um grande crescimento, e eu só tenho a dizer que a gente está tentando levar o máximo possível de empoderamento para essas mães” (Regiane, 2022). Sobre esse ponto de vista, que pode estar indicando avanços na assistência obstétrica para as mulheres dessa cidade, podemos pensar que os movimentos feministas, e as ações sociais e acadêmicas que denunciaram as falhas antes observadas, pudessem estar encontrando algum terreno para o desenvolvimento de práticas mais atualizadas e humanizadas.

Inicialmente a maternidade foi instalada no 4º andar do hospital, tendo sala de acolhimento; quarto de observação e quartos de internamento, com até dois leitos e dois berços por quarto. No total 32 leitos. No mesmo andar ficava o berçário, com técnico 24 horas exclusivo para o atendimento e para o recebimento de até sete crianças. No Centro Obstétrico, duas salas de pré-parto; duas salas de cirurgias para parto normal ou cesariana; e sala de acolhimento do recém-nascido. Todos esses ambientes têm a presença de técnicos 24 horas. Na enfermaria, a maternidade contava com o serviço de 64 técnicos em enfermagem e mais 13 enfermeiros. Essa estrutura contemplava a estimativa para realização de até 200 partos por mês.

Sobre o período que sucedeu a inauguração, Regiane traz a seguinte percepção:

> Desde o princípio a equipe que trabalhou comigo, e passaram várias pessoas, entre técnicas e enfermeiras, médicos e obstetras, e todos sempre abraçaram a causa do parto humanizado, de levar o melhor atendimento possível respeitando a mãe, respeitando o binômio, respeitando a forma de nascer. Continuamos um trabalho excepcional, valorizando muito a questão do empoderamento da mulher.

> Daí veio o desafio da implantação da residência em enfermagem obstétrica. Quando veio esse desafio a gente abraçou a causa. Vieram as primeiras quatro residentes. Todas com pensamentos e ideias diferentes, mas que chegaram junto com a equipe da enfermagem que tava lá. E alí eu vi uma melhora, um salto de qualidade no atendimento do nascimento na cidade de Ponta Grossa (Regiane, 2022).

Diante do que foi trazido por Regiane nessa fala, a humanização do parto é um ponto importante para nossas reflexões. As interpretações conceituais sobre parto humanizado são diversas, perpassam por construções históricas e diferentes sentidos podem ser atribuídos, dependendo do lugar do sujeito e suas experiências.

> Recentemente, em um universo específico de valores, que poderíamos caracterizar como ocidental-individualista-contemporâneo, e em um movimento que vem se desenvolvendo desde meados do século XX, a maternidade tem sido compreendida como uma experiência eminentemente corporal/emocional, isto é, que se desenrola prioritariamente no e por meio do corpo da mulher e diz respeito à relação entre esse corpo e o corpo do futuro neném (Russo; Nucci, 2020, p.02).

Constroem-se a partir desse modelo de humanização do parto, uma crítica ao parto medicalizado e em sua substituição fazem proposições da Medicina Baseada em Evidências. A condenação de uma interferência médica excessiva – e, segundo se acredita, na maior parte das vezes desnecessária – remete à ideia de que o corpo da mulher é naturalmente preparado para dar à luz. (Russo; Nucci, 2020).

Desse modo, a concepção de humanização, para algumas, é a ausência de assistência em um parto domiciliar totalmente natural, até um acolhimento respeitoso de médicos e enfermeiros dentro das maternidades e hospitais. A síntese da humanização estaria no respeito à natureza do parto e a recolocação da mulher na posição de protagonista. Ainda na narrativa de Regiane:

> Enfrentamos muitos gritos, muitas brigas, de familiares, de acompanhantes que não entendem todo o processo do parto, que não entendem o que é o nascer, que não entendem que o processo de parto é doloroso e que a mulher vai sentir dor, mas que é uma dor passageira. Tivemos que segurar muitos pais, muitas mães que estavam o tempo todo junto com a gente acompanhando o parto. A gente nunca privou ninguém de entrar e assistir um parto, mesmo sendo cesárea, sendo como for (Regiane, 2022).

Podemos dizer que todos concordam que o parto deve ser humanizado, mas o que é parto um humanizado? As variações interpretativas geram tensões entre os sujeitos de um serviço de saúde. Enquanto para alguns, o melhor parto é aquele que é realizado com maior número de intervenções, que permite que a mulher não precise “sofrer”, outras vertentes, ao contrário, compreendem a importância do protagonismo da mulher em seu processo de parir.

> Humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores (Brasil, 2008).

No cotidiano da maternidade pública, não é incomum que acompanhantes e familiares apresentem nervosismo e incompreensão sobre os protocolos adotados, em especial relacionada à política de incentivo ao parto normal. Os gritos e brigas mencionados pela entrevistada podem estar relacionados à um ou outro posicionamento, pois algumas famílias ficam insatisfeitas com pela ausência de uma intervenção, como uma cesárea, por exemplo, e outras famílias podem se mostrar insatisfeitas pelo excesso de intervenções, que cientificamente são desnecessárias na assistência ao parto. Letícia, ao falar sobre as experiências que teve como Doula, durante as quais pode acompanhar partos que considerou humanizados, relata:

> Posso dizer que a maioria dos partos que eu acompanhei como Doula foram nascimentos lindos, e que às vezes elas mesmas não se deram conta que conseguiram um parto verticalizado, rápido, no chuveiro, porque elas não tinham essa informação de que aquilo era bom, e elas se sentiram negligenciadas pela equipe. Foram várias assim, que ficaram com medo porque o bebê nasceu roxo, como se a equipe tivesse negligenciando atendimento e o bebê tivesse passando sofrimento por isso. E eu via de outra forma, eu dizia: ‘teu corpo fluiu, mulher, você foi uma guerreira e você trouxe teu filho da melhor forma possível para o mundo e ele está bem, tá ligada?! (Letícia, 2022).

Ainda sobre o mesmo assunto, Letícia também menciona aquilo que considera importante para que a informação seja capaz de evitar o medo das mulheres sobre o parto:

> Essas rodas de gestante, essas coisas que vão acontecendo vão munindo a mulher de informação para elas não passarem um medo desses, porque é mesmo falta de informação. Mas foram partos bem lindos, vários partos rápidos. Eu não acompanhei nenhuma cesárea no regional. A única que eu iria acompanhar a gente chegou a trocar de turno na hora e foi uma outra doula que acompanhou. E foi bem importante para ela acompanhar, depois ela veio me agradecer. Eu mesma só vivi partos lindos das mulheres, foram super realizadores, e eu me vejo muito feliz em ter ajudado, confortado elas o máximo que eu pude (Letícia, 2022).

A despeito disso, podemos olhar para os resultados do trabalho de Olivia Nogueira Hirsch, que realizou uma pesquisa sobre parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. O trabalho

incluiu entrevistas e observação participante em dois universos, sendo uma casa de parto pública e um curso privado de preparação para o parto. Os dados colhidos sugerem que as mulheres de camadas médias investigadas dão grande valor à redução das intervenções médicas de rotina e à sensação corporal, que é considerada uma via para o aperfeiçoamento subjetivo. Já para as entrevistadas de camadas populares, os procedimentos médicos são valorizados enquanto formas de cuidado e considerados uma “ajuda” (Hirsch, 2015).

Tais achados de Hirsch convergem com o experimentado por Regiane na maternidade, que enfrenta os gritos dos familiares que entendem de outro modo a humanização do parto, e desejam intervenções de aceleração do parto. Podemos acrescentar que tais tensões não estão apenas “fora” da maternidade, na compreensão de familiares ou pacientes, mas também convive com opiniões profissionais que dividem e disputam espaço dentro do Hospital.

A humanização, por definição, é uma política governamental, instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000.

> O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Humanização do parto (Brasil, 2000).

Podemos referenciar aqui alguns achados do estudo “o significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado”, de Fustinone e Mabuchi (2008), discordâncias entre o que se entende por parto humanizado e o que se realiza na prática da maternidade em que se realizou a pesquisa. Segundo as autoras:

> A humanização continua sendo uma política governamental longe de se tornar eficaz, não apenas pelos déficits na infra-estrutura ou escassez financeira, mas pela carência de contato com a temática, contribuindo para que a assistência, oferecida seja, muitas vezes, despersonalizada e desumana (Fustinone; Mabuchi, 2008 p. 422).

O tema “humanização” é recente na história do cuidado obstétrico. Esse é um termo muito utilizado na maternidade pública, e na maioria das vezes vem ilustrado com exemplos sobre como deve ser a prática humanizada. Regiane quando me explica sobre como se dá a humanização na maternidade em que participou da construção, exemplifica:

> Mas a gente respeita posicionamento, acompanhamento da doula[10], presença do pai, a maneira que ela quer ganhar o bebê, se no chão, na cama, de cócoras, sentada, deitada, no chuveiro, a gente procura respeitar tudo. Já tomei muito banho com a paciente embaixo do chuveiro porque ela queria ter embaixo da água, então é assim que a gente faz o parto dela (Regiane, 2022).

Esse olhar para a história da inauguração e do registro do sucesso do primeiro parto da maternidade do HURCG revelam categorias que podem ser extraídas desse lugar de nascer, que se estendem aos tantos outros lugares de nascer do recorte espacial, que é a cidade de Ponta Grossa. A tecnologia empregada para a assistência ao parto e as interpretações sobre humanização do parto são dois exemplos de categorias que acompanharão esse estudo, nos auxiliando a compreender como se constroem culturalmente o contexto amplo de modos de nascer.

A maternidade do HU-UEPG seguiu funcionando no 4º andar do prédio do HURCG de maio de 2016 até setembro de 2020, quando foi transferido para o prédio de um conhecido hospital municipal, conhecido como Hospital da Criança. Isso ocorreu na ocasião em que o Hospital Universitário se estabeleceu como uma das principais estruturas de enfrentamento à pandemia de Covid-19. E assim, um novo lugar foi inaugurado para abrigar os partos de Ponta Grossa, e temos início a uma parte dessa história, chamada HUMAI.

1.2 HUMAI - UM LUGAR DE PARTO EM PONTA GROSSA

O prédio que hoje abriga a maternidade pública de Ponta Grossa tem uma representação que ultrapassa seu atual funcionamento. A inauguração data de 20 de dezembro de 1996. Denominado, na época, Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira, conhecido pela população ponta-grossense como “hospitalzinho”, assim no diminutivo, como uma forma de manifestar carinho, delicadeza e afeição (LOPES, 2014). Antes dessa estrutura ser inaugurada, o Hospital da Criança funcionou na Rua Paula Xavier, em um prédio histórico cuja inauguração data no ano de 1942. Segundo Chaves (2007, p 18): “maior referência regional no atendimento pediátrico, o “Hospitalzinho” era bastante procurado pela população dos Campos Gerais e contava com um quadro de 23 funcionários (corpo clínico e burocrático)”

10 As doulas são acompanhantes de partos escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, devendo dispor de certificação ocupacional em curso específico para a finalidade. À doula é vedada a realização de procedimentos privativos das equipes médica e de enfermagem, conforme regulamentos do CRM-PR e Coren-PR (CRM/PR, 2020).

O Hospital da Criança, administrado pela Prefeitura de Ponta Grossa, se tornou referência para atendimento de diversas demandas pediátricas. Febre, desidratação, viroses e doenças comuns da infância foram por anos atendidos nesse lugar. Muitas das mulheres atendidas hoje no HUMAI, tiveram alguma experiência de consultar ou ficar internadas no “Hospitalzinho” durante a infância. A relação da população de Ponta Grossa com a memória do Hospital da Criança, pode ser percebida inclusive pela dificuldade da utilização do nome. Há três anos da implantação do HUMAI, ainda temos que fazer a referência: “antigo Hospital da Criança”, para referenciar do lugar que estamos falando.

O prédio do HUMAI, no entanto, está diferente da maioria das lembranças sobre o antigo Hospital da Criança. Uma reforma antecedeu a cessão para a UEPG. Tal reforma foi financiada pelo terceiro setor, através de doações. “A enfermaria reformada conta com a doação de R$ 8.500 de cada empresa – Gemade e Rotary Ponta Grossa Lagoa Dourada” (Maravieski, 2018). Cada enfermaria, consultório, sala de sutura, foi “adotada” por uma empresa diferente, que fazia parte da iniciativa da Associação dos Amigos do Hospital da Criança (AAHC).

Tal reforma foi realizada com foco no atendimento pediátrico. Quando foi planejada, não se cogitava a abertura de uma maternidade. Os móveis, a decoração e os espaços pequenos das dependências do Hospital, nos apontam isso. Em uma observação, realizada durante a pesquisa, conversava com a técnica de enfermagem de um plantão noturno. Nessa noite eu estava especialmente interessada em observar os espaços. A nota que segue foi registrada na sala de triagem, que é um dos lugares iniciais de atendimento às gestantes:

> Percebendo meu interesse em compreender os espaços disponíveis, Ariadne me fala: “É tudo espremido. No consultório fui tentar acompanhar a consulta, mas estavam 4 médicos na sala, mais paciente, mais o acompanhante. Não pude nem ficar”. Nós duas olhamos para a sala de triagem. Com a ajuda dela, calculei que a mesma deve ter uns 2x3m. Os móveis são: mesa de computador, mesinha móvel (que é usada na recepção durante o dia para triagem respiratória dos visitantes), mesinha de materiais da triagem, maca, dois balcões, três cadeiras e pia. O aparelho de pressão tem um pedestal, o que ocupa um espaço a mais (Observação 4 - plantão noturno HUMAI 08/07/22).

Ainda nessa perspectiva, apresento uma outra nota de observação, que permitiu a conversa com uma puérpera que pariu nessa sala de triagem, a mulher percebeu e me contou sobre a maca infantil que ela utilizou durante o parto:

> Quando a enfermeira viu que tava nascendo, chamou o médico, me deitou naquela maca, aquela que é pequena, e o médico pegou [o bebê] e colocou ele na minha barriga (Observação 7 - HUMAI. Nasceu na triagem! 2022).

Sobre sua apresentação, vemos um prédio simples, sem uma fachada que se destaque, diferentemente dos prédios históricos, como da Santa Casa, ou 26 de Outubro. Sem muita imponência arquitetônica, parece anunciar sua utilidade prática. As reformas que sofreu antes da cessão para a UEPG o deixaram mais bonito, e demonstram uma tentativa de aproveitamento dos espaços. Os tons suaves e coloridos nas paredes e teto e uma boa iluminação trazem uma leveza, transformando a aparência anterior, que o deixava um prédio um pouco escuro.

Como pesquisadora, devidamente autorizada a realizar as observações no HUMAI, requisitei para a direção uma planta predial, para poder dar uma noção ao leitor sobre as divisões. No entanto, a tarefa não foi tão simples, e não acessei a planta oficial. Poderia ter insistido, ou formalizado, mas me soou interessante a ideia do meu orientador, que me desafiou: “desenhe!”

A planta oficial certamente é diferente daquela que está na representação que cada um dos trabalhadores tem desse espaço. Se todos desenhássemos o HUMAI, não haveria nada igual. Então arrisquei fazer uma descrição desse espaço. Primeiramente contando passos entre uma e outra sala de atendimento. Cronometrando o tempo entre o consultório e a sala de Observação. Medindo a sala de triagem com ajuda da técnica de enfermagem. Esse processo de descrever o espaço “do meu jeito”, pretende dar um olhar “desprofissionalizado”, que talvez se aproxime mais do olhar da parturiente e de seu acompanhante, que a própria planta oficial poderia proporcionar.

Porém o “desenho” que fiz, não arrisco compartilhar. Gerou boas risadas entre os colegas da sala, mas a “planta” que criei não explica muito. E a situação de explicar pro leitor que nunca veio ao HUMAI, como é a divisão interna, foi uma tarefa postergada. Certo dia ao encher a garrafinha de água, vi em cima do bebedouro uma planta da brigada de incêndio. Documento público, exposto. Reproduzi e o levei para sala, para pedir ajuda para detalhar onde está o que. Quem me ajudou foi a Naiara, assistente social plantonista do Domingo.

Assim, nos debruçamos na cópia da planta da emergência de incêndio, e recriamos do nosso modo, dando destaque colorido onde estão os lugares específicos

da maternidade. O resultado nos faz visualizar a distribuição das salas que podem ser usadas pelas gestantes, parturientes e puérperas, ao serem atendidas no HUMAI:

Figura 3 – Planta de emergência 1º andar HUMAI-UEPG



Fonte: organizado pela autora, 2022.

A entrada da paciente para a maternidade, se dá via de regra pela recepção. A exceção é quando chega de ambulância e necessita de atendimento imediato, o que exige que seja dispensada a fase de acolhimento e triagem. Mas se chega solicitando uma consulta, a gestante e seu/sua acompanhante são recepcionados pela equipe administrativa do balcão, onde dão entrada no sistema Tasy[11], e logo após são encaminhados para aguardar a triagem. Após a triagem da enfermagem, são encaminhados para a consulta médica, em um dos dois consultórios localizados logo atrás da recepção. Depois da consulta, se a conduta for observação ou internamento, a paciente é conduzida para o Posto de Enfermagem 1, que faz o gerenciamento da entrada e acomoda a paciente no leito ou quarto de acordo com o caso. A nota de observação que segue, foi realizada durante uma observação do plantão noturno:

11 Software de gestão hospitalar utilizado pelo HUMAI.

> Caminho do pré-parto até a triagem, que fica na entrada do hospital. No momento trago comigo um intento de olhar para a estrutura física do HUMAI. Essa intenção vem como resultado da última conversa com meu orientador que curioso me perguntava: “Pequeno quanto? Perto quanto?” quando eu me referia aos espaços dos quartos e salas e as distâncias entre eles. Tendo isso comigo, conto os passos: uma média de 90 passos pequenos, em um tempo de 55 segundos é a distância entre o consultório e a sala de observação, para onde as pacientes que vão ficar depois da consulta são em geral encaminhadas. Ao contar esses passos, cronometrar esse tempo, penso sobre o que significa essa distância para a paciente que recebe a informação no consultório: “tá na hora, vai ficar, interna para o parto” (Observação 4 - plantão noturno HUMAI 2022).

Visitando a Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008, do Ministério da Saúde que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, podemos entender a origem de algumas das nomenclaturas e funções dos espaços da maternidade, bem como de procedimentos de atendimento. Quarto PPP, é definido pela referida resolução como: “ambiente com capacidade para 01 (hum) leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação)”. Portanto a sigla PPP faz referência à pré-parto, parto e pós-parto. Deve ter área mínima de 10,50m², com poltrona de acompanhante, berço e bancada com pia para higienização do recém-nascido. Deve ainda ter instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem.

Quarto de Alojamento conjunto, por sua vez, é definido como “ambiente destinado a assistência a puérpera e seu recém-nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade para 01(hum) ou 02 (dois) leitos e berços, com banheiro anexo” (Brasil, 2008). No HUMAI os quartos de alojamento conjunto são duplos, o que quer dizer que comportam dois leitos de puérperas, dois bercinhos e duas cadeiras reclináveis para os acompanhantes. Cada quarto conta com um banheiro, televisão, ar condicionado, e a maioria deles oferece uma vista para uma área de preservação ambiental, que engloba parte do parque Margherita Masini, e parte da região da Vila Nova e Ronda. O pôr do sol visto desse ângulo, pode ser muito bonito, pois dá uma visão semelhante à da Praça do Pôr do Sol, que também fica nas proximidades do HUMAI.

Os percursos da gestante na maternidade, até aqui descritos, sugerem o parto normal, sem complicações. No entanto, a clínica obstétrica engloba também as estruturas necessárias para o atendimento nas situações de risco. O caminho do risco

envolve outras técnicas e tecnologias, e espaços distintos dentro da maternidade. Doutor Severino, ao tratar sobre os lugares de parto, assim refere:

> Na grande maioria das vezes o parto acontece naturalmente, independente do lugar. O baixo risco te dá essa dinâmica muito mais tranquila, alto risco você tem muito mais preocupação. Eu não gosto quando as vezes é um bebê grande, vejo que o expulsivo tá demorando, e no leito você não tem muita manobra. Mesmo em quatro apoios, na cama fica tudo meio… não fica legal. Para isso fica melhor você ter um lugar, mas o restante a maioria é tranquilo (Severino, 2022).

Ainda sobre os centros obstétricos, Doutor Severino conta da época de sua chegada em Ponta Grossa (anos 1990) até os dias atuais, como se deu a incorporação dos centros obstétricos aos centros cirúrgicos:

> Naquela época havia centros obstétricos separados nos hospitais. Depois a obstetrícia perdeu os centros obstétricos. Os centros obstétricos foram incorporados nos centros cirúrgicos. Mas naquela época não, nós tínhamos duas salas de parto e uma de cesárea. Três salas na maternidade. A dificuldade da equipe dos anestesistas, que tinha que ter um para a maternidade e um para o centro cirúrgico, ali que começou o movimento de se retirarem do centro obstétrico. Vários hospitais perderam antes. O que perdeu muito com isso, pois facilitava bastante a parte de acompanhamento ali da sala de parto. No centro cirúrgico, você tá ali e daqui a pouco vai ter uma cirurgia de emergência. Porém pela presença do anestesista prefere-se que fique no centro cirúrgico. E hoje em dia funciona assim, a não ser maternidade, puramente maternidade que você vai ter só centro obstétrico (Severino, 2022).

Como o HUMAI não é puramente maternidade, uma vez que realiza atendimentos e cirurgias pediátricas, a estrutura existente para a realização dos partos considerados de maior risco fica dentro do Centro Cirúrgico, e possui acesso interno à UTI Neonatal. As cirurgias cesarianas também são realizadas nesse espaço. A ligação interna e facilitada com a UTI Neonatal é estratégica, pois havendo emergência com o recém-nascido o tempo de atendimento pela equipe de intensivistas fica otimizado. No entanto, emergências maternas são encaminhadas para a UTI do HU-UEPG, pois o HUMAI não conta com UTI para adultos.

Sobre a UTI Neonatal e Pediátrica do HUMAI, um importante serviço do hospital, apresento a seguir uma nota de observação, sobre algumas reflexões que me foram geradas a partir da visita do meu orientador no campo de trabalho e pesquisa:

> Também convidei o Felipe para entrar na UTI Neo/Ped. Confesso agora, que tive um pouco de receio, pois a UTI é o que há de mais fechado entre todos os setores. A UTI preserva com muita intencionalidade o título de lugar mais difícil de estar e de trabalhar. A inserção da equipe multiprofissional sofre muitos desafios. A entrada de pais e visitantes é bastante restrita. Da mesma

> maneira não há muita compreensão da equipe sobre a vida "lá fora" que continua acontecendo para pais e mães que estão enfrentando o internamento de seus filhos. Mas tentei e deu certo: entrei antes, verifiquei que não estava acontecendo nenhum procedimento, e conversei com a coordenadora. Pedi para receber nosso visitante, e ela assentiu. Devidamente paramentado, recebi o Felipe pela porta de entrada dos pais. Nesse dia não havia nada de muito impressionante na UTI. Eram bercinhos e incubadoras que alojam bebês. Ele pode ver meio de longe um bebê pequeno intubado, a grande ilha que funciona como posto de enfermagem no centro da UTI, e a micro sala da coordenadora, que nos cumprimentou e conversou rapidamente. Tentei ler na expressão do Felipe o que sentiu ao estar ali, mas não me arrisco a descrever nada. Manteve-se atento ao que o lugar informava. Ao sair me alertou: “não esqueça de incluir esse espaço no seu texto”. Na primeira versão eu mal mencionei a UTI Neo. Percebo agora que isso foi por resultado da minha relação com esse setor, que me faz sentir que ele deseja ser tão fechado que mesmo para abri-lo no texto eu sinto dificuldade (Observação 8 - a visita do orientador, 2023).

Os cuidados intensivos do HUMAI contam com 06 leitos de UTI Neonatal, 03 leitos de UTI Pediátrica e 02 leitos de UCI. A portaria 930 de 2012, do Ministério da Saúde define: A UTI Neonatal como um serviço de suporte intensivo ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, considerando recém-nascido, a criança até 28 dias de vida. A UCI, também conhecida como Unidades Semi-Intensiva, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandam assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTI. A UTI Pediátrica atende crianças acima de 28 dias de vida, até 11 anos (Brasil, 2012).

Na dinâmica do HUMAI, puérperas, cujos bebês são encaminhados para a UTI Neonatal, são assistidas no pós-parto em leito da maternidade. O mesmo ocorre com puérperas cujos bebês foram a óbito, seja neonatal ou óbito fetal. Mesma situação ocorre com os abortamentos. Nesses casos, a equipe da maternidade busca sempre tomar cuidado para que essas mulheres não permaneçam em alojamento conjunto com outras puérperas que estão com seus bebês. Apesar desse cuidado, sabemos que a maioria dos casos de perdas ou riscos são geradoras de intenso sofrimento materno, e mesmo quartos privativos não as isolam de sentir que esse lugar abriga cheiros, chorinhos e emoções relacionadas ao nascimento.

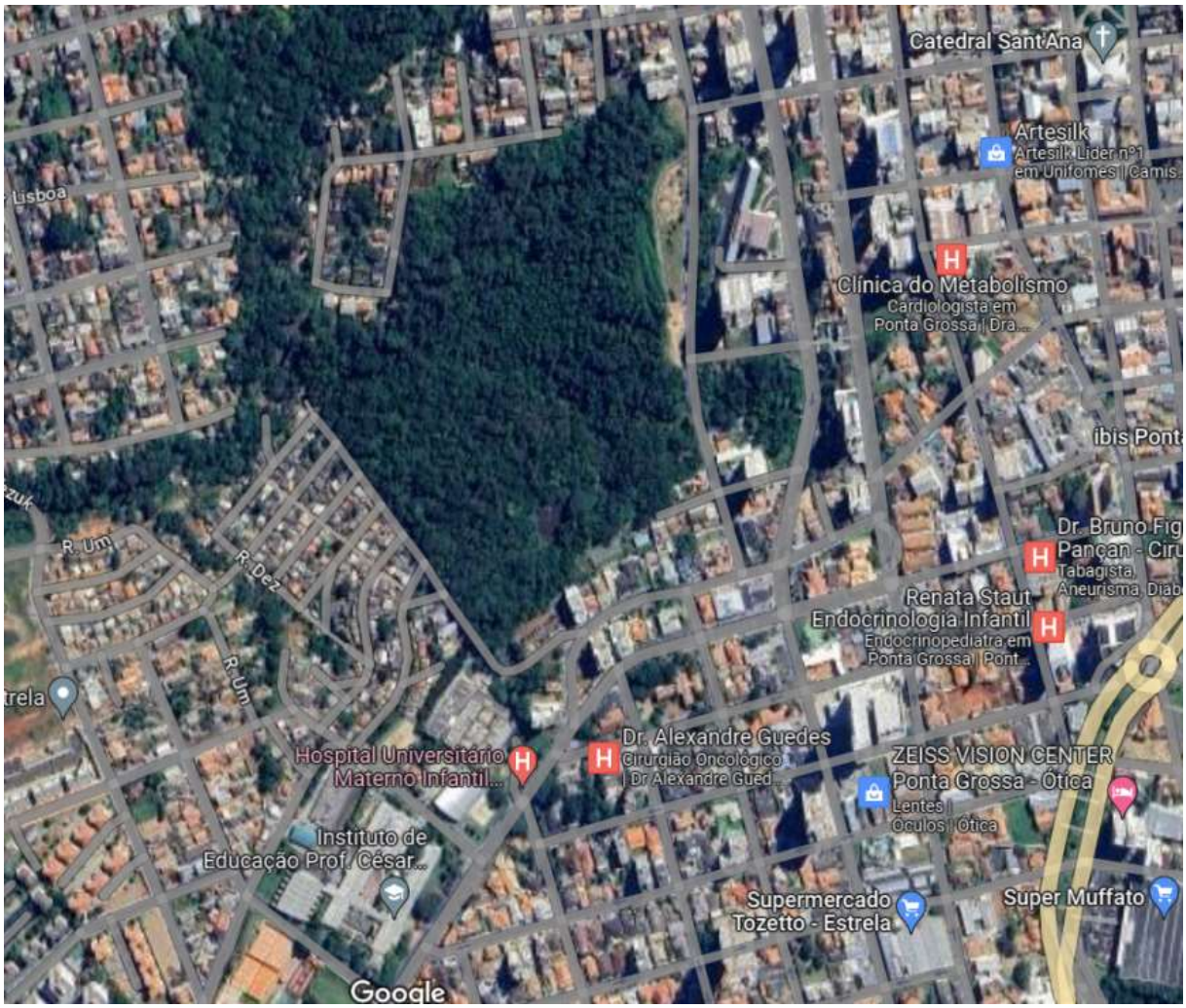
O HUMAI fica localizado a 500 metros do Parque Margherita Masini, o que nos coloca quase dentro de uma área de preservação ambiental que se sobressai no mapa aéreo da região. A nota de observação abaixo, versa sobre os sentidos dessas proximidades:

> Quando, pela primeira vez, me deparo ouvindo cigarras no hospital (que penso conhecer), reflito sobre o lugar que essa instituição ocupa na cidade.

> As telas nas janelas, a porta de abertura automática e as eventuais “invasões” de insetos passam a sinalizar sobre o lugar. Essa maternidade, uma instituição que se considera relevante para o atendimento da região, se posiciona politicamente como uma conquista transformadora do cenário da obstetrícia de Ponta Grossa é ao mesmo tempo uma entidade histórica e encarnada nas representações do Hospital da Criança, localizada em um terreno com acentuado declive (um cânion) que nos faz descer para o Hospital. O sinal de celular é limitado no Humai. Tem quarto que nem pega. A acessibilidade é limitada pois a rampa íngreme dificulta a chegada. Muitas vezes já ouvi gente nova perguntando “porque construíram um hospital nesse buraco?” (Observação 4 - plantão noturno no HUMAI, 2022).

Examinando a geografia da cidade, especialmente do centro, quem está mais habituado não se espanta, pois a região é repleta de descidas e subidas que convivem com a vida daqui. A imagem que segue, retirada da Google Maps, mostra a proximidade do Hospital Universitário Materno Infantil com o Parque:

Figura 4 – Imagem aérea dos arredores do HUMAI-UEPG



Fonte: Google Maps.

Olhar para o hospital nesses aspectos, pode nos aproximar das reflexões de Tim Ingold, antropólogo britânico, que faz parte de um movimento contemporâneo de pensadores que buscam romper com o dualismo entre ser humano e natureza, fruto desdobramento do Renascimento que trouxe o Racionalismo como paradigma das ciências. Para Ingold, o uso da razão não é a única forma de acessar o mundo. Diante do entendimento que somos seres biológicos antes de qualquer referência cultural, podemos refletir sobre como nossos corpos interagem com as coisas. E “Coisa” é o termo escolhido por Ingold para tratar do acontecer da vida. No texto “Trazendo as coisas de volta à vida - emaranhados criativos num mundo de materiais”, (Ingold, 2012) questiona a simplificação sujeito/objeto, como de forma muitas vezes inconsciente nós lemos o mundo. Quando o autor convida a pensar a vida como fluxo, ele nos convida a entender que “hoje ela tem essa forma, e é um constante acontecer”. Uma coisa não é um objeto, pois a coisa não conseguimos paralisar para entender. Para falar das coisas, precisamos acionar outros códigos de comunicação, para comunicar as percepções (Ingold, 2012).

Pensando no HUMAI como uma Coisa, na perspectiva de Ingold, (eu) pesquisadora, parturientes, cigarras, mata do entorno, movimento, sons, gritos, cheiro de sangue, motores, choros, pôr do sol (etc.), podemos tentar comunicar uma percepção da vida desse lugar. A racionalidade do Hospital não sobrevive à vida das coisas e dos corpos. O espaço do Hospital é vivo, poroso e em processo. Por isso podemos perceber as memórias que se ativam e as historicidades presentes nos detalhes das cenas que se emaranham nesse lugar. Entendendo que o Humai é um processo, que não se pode capturar e conter, escolho conceber minhas fontes como uma coisa em movimento, que tem uma história viva que está sendo em um lugar.

As imagens que seguem foram registradas por mim, em uma manhã de março quando chegava para um plantão. Por elas podemos ter uma dimensão do declive do terreno, e da fachada do prédio e sua apresentação simples. A vegetação vista por essa perspectiva parece envolver o entorno do hospital.

Figura 5 – Entorno do HUMAI-UEPG 1



Figura 6 – Entorno do HUMAI-UEPG 2



Fonte: a autora, 2023.

Esse lugar, além de fazer fronteira com o Parque Margherita, também é vizinho da Vila Rica, e da Favela da Vila Dalabona. Do outro lado fica a Vila Estrela, que tem algumas das áreas mais caras para se viver na cidade. Essa posição geográfica coloca o Hospital no lugar de divisão entre realidades sociais discrepantes. Outras referências de vizinhança do HUMAI são o SESC, Instituto de Educação e Clube Guarani. Um pouco mais distante fica o Instituto Educacional Duque de Caxias.

Tudo que tenho observado desde quando me tornei pesquisadora do meu próprio lugar de trabalho, tem também um privilégio de ser visto, em parte, da pequena sala do Serviço Social do HUMAI, fica bem na entrada, ao lado da triagem. A janela dá vista para a rampa que leva da rua à entrada.

A rampa do HUMAI é também uma coisa que anuncia quanta vida esse lugar adensa. Quando observado o movimento da rampa temos cenas muito comuns, como pais apressados, descendo carregando bolsas enormes, com expressão e gestos

ansiosos. Mulheres grávidas, com passos mais lentos e barrigas grandes se aproximam da porta de entrada. Dessas, depois sabemos histórias de algumas que deixaram o seu plano de saúde e escolheram parir no HUMAI, pois souberam que o atendimento aqui está mais humanizado. Mas essa configuração não contempla o todo. Vemos também muitas mulheres sozinhas, com histórias de abandono, negligenciadas pelas políticas públicas, por suas famílias. Situações de vulnerabilidades, vítimas de violência, situação de rua, uso de drogas. Algumas acometidas por problemas de saúde física ou mental, outras vivendo relacionamentos pautados na cultura misógina que ainda se faz muito presente. Todas elas, em algum momento, dividem um pouco de suas histórias conosco que trabalhamos ali.

Os carros podem descer a rampa para fazer o embarque e desembarque de passageiros. Todo carro que passa, é anunciado pela canaleta de drenagem de água que atravessa o asfalto. Aquele som de pneu sobre a grade da canaleta não é mais ouvido por quem trabalha nas salas da frente. Os motoristas dos carros que descem até a porta de entrada do HUMAI precisam travar um pequeno embate com os seguranças, que tem o papel de avisar a todos que “não podem permanecer aqui, é exclusivo para ambulâncias”.

As ambulâncias descem a rampa do HUMAI, tem também seus códigos, que aprendemos decifrar: “Pelo jeito que veio, é acidente de criança”. “Desceu devagar, deve ser parto domiciliar”. “Pela demora deve ser uma transferência”. O giroflex das ambulâncias fica na altura da janela das salas da frente, e ali convivemos com as urgências sinalizadas pelas luzes daqueles veículos, tão cheios de representações de medo. A maioria dos corpos se contrai só de pensar em precisar entrar em uma ambulância. Mas em um hospital, a presença constante delas nos gera costume.

Como o HUMAI atende toda a região, é comum que municípios menores tenham os chamados “ônibus da saúde” que fazem o transporte dos pacientes para os centros de referência. Esses ônibus não descem a rampa, que é estreita e íngreme demais para eles. Portanto não é incomum também vermos mulheres subindo a rampa com seus recém-nascidos e bagagens, para se encaminharem ao ônibus, que ficou estacionado “lá em cima”.

A rampa do HUMAI também tem uma cena que se repete quase diariamente, que é a chegada do “carro azul”. Trata-se de uma mulher empreendedora, que faz doces e salgados, e estaciona estrategicamente na rampa, e ao abrir seu porta-malas, reúne rapidamente muitos profissionais ansiosos por deixar seu plantão mais leve com

um docinho ou salgadinho de lanche. As saídas são ligeiras e discretas. Uma aura de “coisa proibida” ronda esse momento. Porém todo mundo sabe, e que tem até grupo de whatsapp no qual a “mulher do carro azul” anuncia o cardápio do dia.

Na cena da fila do carro azul, podem ser vistos uniformes diferentes, que revelam, entre outras, formas de contratação variadas dos trabalhadores do HUMAI. São empresas terceirizadas, concursados e CNPJ. Essa atual variedade de tipos de contratos, revela a inserção dos serviços públicos nas novas configurações do mundo do trabalho. Cada vez mais precarizados, os postos de trabalho são geradores de insegurança e aceitação de redução de direitos. Essa realidade global, do mundo capitalista, observada na micro-história do HUMAI, é uma expressão de tendência mais ampla, que dialoga com os rumos neoliberais da economia e da política. Esse é um assunto por vezes tratado entre nós, funcionários. Mas nem sempre. É assunto que surge e se esvai, e quando não está em pauta esquecemos disso e continuamos nossas tarefas e mantendo nossos segredos sobre os docinhos do carro azul.

A rampa também é lugar que convivem famílias que esperam o parto que acontece “lá dentro”. Algumas pessoas fumam debaixo das árvores. Tem avôs nervosos, algumas pessoas choram ali. Perto das 15 horas tem visitantes esperando. Tem conversa no celular, que acalma ou assusta quem está do outro lado. Algumas vezes os familiares vão até a sala do serviço social para saber notícias, para relatar o medo que está sentindo, ou para ameaçar o hospital caso algo saia errado. Todas essas posturas têm relação com as temporalidades em que aqueles sujeitos históricos firmam as suas representações do cuidado do parto e nascimento.

Quando falamos em cenas culturais e políticas do nascimento, o pressuposto invocado é de que não existe unanimidade sobre o assunto. Há dissonâncias entre como são compreendidas culturalmente e politicamente as decisões que definem uma maneira “correta”, “adequada” e até “legalizada” de assistência ao pré-natal e parto.

Política, neste trabalho, está entendida como as ações conscientes de homens e mulheres em busca de provocar processos culturais reguladores ou emancipadores, que se traduzem, por exemplo, na correlação de forças e saberes tradicionais e modernos. A partir desse entendimento, podemos examinar um conceito de cultura política. Segundo Cerri:

> Cultura política é o conceito que expressa os padrões pelos quais uma sociedade se relaciona com as esferas em que as decisões coletivas são tomadas. Assim, é de se pressupor que as características mais amplas de cada cultura condicionem as particularidades que caracterizam

> dinamicamente cada cultura política ou, dizendo de outro modo, uma vez que as culturas são particulares e específicas, o componente político delas também é específico, em interação dinâmica com os demais componentes dessa cultura. Assim, do mesmo modo que se pode falar de uma cultura brasileira, de uma cultura regional ou da cultura política de um grupo específico dentro de uma sociedade (Cerri, 2021, p.57).

No que tange à sua estrutura e componentes, a cultura política pode ser definida como valores e crenças partilhados por um grupo ou sociedade relativos aos relacionamentos políticos e políticas públicas que respondem à questão de quem tem que fazer o que com quem e para quem sob que circunstâncias. A cultura política também responde à questão de quem decide, quem tem autoridade e quem tem poder. Mas não é estagnada, e tais definições movem-se conforme surgem e resistem práticas e reivindicações sociais. Assim, podemos apreender a política como o espaço que define as leis, e os serviços e cuidados provenientes dessas decisões. Tais decisões afetam a vida das pessoas, mas também é construída politicamente pelas pessoas. A política não se faz sozinha, mas é movida pelas relações dos sujeitos, e decide, por exemplo se vai ter uma maternidade ou uma UTI neonatal em uma cidade.

O HUMAI, em suas manifestações da vida ordinária, é fruto de um movimento político. A sua criação tem como pano de fundo a Pandemia do Coronavírus, e também uma ação relacionada às responsabilidades dos entes federativos em relação à complexidade dos atendimentos em saúde. Para o município de Ponta Grossa, a entrega do prédio em troca de que o Estado assumisse também os atendimentos pediátricos de alta complexidade, poderia representar uma adequação de investimentos na atenção Primária[12], que se configura como responsabilidade dos municípios. Por outro lado, temos a UEPG, que é uma Universidade Pública Estadual, que vem apresentando uma forte relação com os serviços de saúde de Ponta Grossa e região.

O Hospital Universitário da UEPG vem ganhando espaços e atribuições. O HUMAI é um “braço” do HU-UEPG. A gestão é única. Os mesmos diretores e chefes definem o funcionamento das duas unidades. Apesar da distância entre HU e HUMAI, (aproximadamente 8km) ambos são administrados pela mesma equipe gestora, que costuma sempre lembrar sobre o “comando único”.

12 A Atenção Primária, chamada porta de entrada para o SUS, é constituída principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). As ações são voltadas à redução do risco de doenças e à proteção da saúde. Isso quer dizer que apresenta também um caráter preventivo.

A saída dos atendimentos materno-infantis do prédio de Uvaranas se justificou pela pandemia. Logo no início desta, o HU-UEPG criou um plano de contingência com base em modelos dos Estados Unidos e Europa. Instalou-se uma estrutura externa (tenda) para pré-triagem e acolhimento inicial aos pacientes com suspeita de coronavírus. Posteriormente, foram destinados leitos clínicos e de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), bem como houve aberturas de novos leitos exclusivos para covid-19. Contudo, com o avanço da pandemia, a taxa de ocupação aumentava mesmo com mais leitos sendo disponibilizados. Nesse cenário podemos supor o desconforto de parir no mesmo prédio onde se noticiava diariamente a morte de dezenas de pessoas nos dias mais duros da pandemia.

Uma soma de fatores, a considerar: a necessidade de ampliação de espaços para o atendimento ao Covid, uma busca de proteger física e psicologicamente crianças, gestantes e puérperas que utilizavam naquele momento os serviços do HU-UEPG, e uma tendência na política de saúde da prefeitura de Ponta Grossa, que projetava a redução dos ônus da manutenção de um Hospital Municipal, em 1º de julho de 2020, a Universidade Estadual de Ponta Grossa e o município de Ponta Grossa - PR, por meio da Secretaria Municipal da Saúde, firmaram um termo de cooperação para implantação e desenvolvimento conjunto de ações de saúde, visando transferir temporariamente as atividades da maternidade, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e Cirurgia Pediátrica de Emergência do Hospital Universitário da UEPG para o Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira, então, denominado Hospital Universitário Materno-Infantil (HUMAI).

A nota publicada no portal de notícias da UEPG, comunica:

> Com a transferência, o Hospital da Criança passa a ser um hospital materno-infantil. Devem passar a funcionar no HC os setores que atendem às gestantes, puérperas, bebês e crianças do HU: maternidade, UTIs Neonatal e Pediátrica, Clínica Cirúrgica Pediátrica e demais atendimentos relacionados. A transferência não prejudica os serviços já prestados pelo HC, onde continua a funcionar o Pronto Atendimento Infantil (PAI).
> O diretor técnico do HU, Fernando Torres, explicou aos participantes da reunião que os serviços que serão transferidos para o HC devem ser acompanhados de toda a infraestrutura de equipamentos e de especialidades médicas, para garantir um bom atendimento ao público. Como garantiu Torres, os serviços já ofertados pelo HC, como o Pronto Atendimento Infantil, não serão prejudicados.
> O professor Nelson Canabarro, presidente da Associação Amigos do Hospital da Criança, conta que a associação já investiu perto de R$6 mi no HC, por meio de projetos que aliam a iniciativa privada com o órgão público. “Temos uma visão de que é fundamental que o hospital tenha um uso pleno de suas instalações”, diz (UEPG, 2020).

A experiência de uma pandemia é, sem dúvida, um fator causador de insegurança generalizada; de maneira especial para as mulheres que perpassam a gestação, parto e puerpério durante tal conjuntura, e nesse sentido a mudança estrutural para o Hospital da Criança foi elementar. A nova maternidade, no entanto, não estava livre do vírus, já que prestava atendimentos também às gestantes e puérperas infectadas (sintomáticas ou não), demonstrando que o sentimento de proteção ao coronavírus está muito mais relacionado às representações dos espaços que à realidade enfrentada.

Diante do desafio de organização de um serviço que pudesse ao mesmo tempo garantir segurança às mulheres e aos recém-nascidos, protegendo-os da contaminação pelo novo coronavírus e enfrentar uma mudança estrutural repentina, o HUMAI começa a se configurar, trazendo como característica, não pertencer a mesma estrutura física de um hospital geral. Essa mudança foi interpretada por alguns profissionais como uma oportunidade de se constituir como uma maternidade, e não mais como uma clínica dentro de um hospital. Por outros, como um risco de perda da qualidade da assistência ao parto, uma vez que o novo espaço ficou mais distante das especialidades disponíveis no HU-UEPG. Essa é mais uma das divergências interpretativas que enunciam os tensionamentos adensados nesse lugar.

Para dimensionar um pouco melhor o papel dessa maternidade, alguns indicadores podem nos servir como parâmetro. Os dados que seguem são mensalmente sintetizados pela enfermeira coordenadora do setor, e ao final de cada ano expressam números, que são utilizados para que gestores e equipes possam perceber os resultados quantitativos do trabalho desenvolvido. Desde o início da maternidade do HU-UEPG, temos os seguintes dados:

Quadro 1 – Dados de nascimentos no HU-UEPG e Ponta Grossa-PR

Ano	Número de partos nascidos vivos HU-UEPG	Registro de nascidos vivos em Ponta Grossa (IBGE)
2016	1129	5.313
2017	2636	5.329
2018	2618	5.415
2019	2584	4.980
2020	2584	4.717
2021	2844	4.556
2022	2836	não consta

Fonte: painel de indicadores Clínica obstétrica HU-UEPG.

Podemos ver uma significativa redução do número de nascimentos no ano de 2021. Segundo informações de periódico da UEPG, trata-se de uma tendência nacional:

> De acordo com o levantamento realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, a natalidade na cidade vem diminuindo gradualmente ao longo dos últimos quatro anos. Segundo a pesquisa, houve uma queda de 859 nascimentos. De 5.415 em 2018 para 4.556 em 2021. A tendência é nacional, pois, em 2020, primeiro ano de pandemia, o Brasil registrou declínio de 4,7% no número de nascimentos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), houve redução em todas as regiões e no Sul o índice foi de menos 3,1%. No mesmo período, os óbitos aumentaram em 14,9% em função do vírus (Godoi, 2022).

Os números acima mostram, ainda, que a maternidade do HU-UEPG/HUMAI, assiste quase metade dos partos realizados em Ponta Grossa. Além do HU, também prestam assistência ao parto: Santa Casa de Ponta Grossa, que atende alto risco pelo SUS, convênios e SAS; Hospital da Unimed, que atende o convênio e particulares. Até o ano de 2017 também funcionou em paralelo à maternidade do HU, a Maternidade Santana Unimed, que mantinha alguns leitos conveniados pelo SUS. Atualmente temos duas maternidades realizando atendimentos via SUS em Ponta Grossa: O HUMAI e a Santa Casa.

1.3 UM PASSEIO NOS LUGARES DE PARTO DA CIDADE

A história das construções de Hospitais e clínicas no município de Ponta Grossa, está intrinsecamente relacionada à uma tendência marcante na medicina,

cujas especializações e aperfeiçoamentos dos saberes médicos-científicos se expressavam no Brasil. O modo como se deu o estabelecimento dos hospitais e clínicas na cidade, são interessantes para essa pesquisa, pois a hospitalização do parto se dá ao mesmo tempo que emerge um embate entre os saberes legitimados pela medicina e outros conhecimentos presentes na sociedade.

Segundo relata o historiador Niltonci Chaves (2007), a respeito do surgimento de hospitais, clínicas e maternidades da cidade, Ponta Grossa foi uma das primeiras cidades do sul do Brasil a ter estabelecimentos hospitalares. Em 1906, a cidade passou a contar com o Hospital 26 de Outubro, inicialmente voltado para os ferroviários. Em 1912 foi inaugurada a Santa Casa de Misericórdia. Já nos anos 1930, foi criado o Hospital Infantil Getúlio Vargas. As décadas de 1950 e 1960 são também mencionadas pelo historiador pelo surgimento de outros importantes hospitais: a Maternidade Sant'Ana, o Hospital São Lucas, o Hospital Amadeu Puppi e o Hospital Bom Jesus. Na década de 1970 o Hospital Evangélico e o Hospital Vicentino. "Ao final da década de 1970, a rede de hospitais e clínicas existentes na cidade confirmava a tendência observada desde o início do século. Ponta Grossa consolidara-se como um dos mais importantes centros médicos de todo o Paraná" (Chaves, 2007, p. 27).

Para pensar os espaços de parto de Ponta Grossa, gostaria de novamente invocar as reflexões do Antropólogo Tim Ingold, (2012) no seu texto "trazendo às coisas de volta à vida". As maternidades vistas como coisas, nos permitem pensar nos prédios não como meros objetos, mas como espaços em que um mundo vivo invade e exerce causas sobre nós. Quando uma mulher passa diante da maternidade onde pariu, esse prédio poderá causar algo a ela. Da mesma maneira quando temos a oportunidade de ver o lugar onde nascemos, isso poderá nos causar algo. Essas reações causadas pelas coisas materiais, nesse caso, estruturas, Ingold chama de agência do não humano. Nessa perspectiva o mais importante não seria a descrição daquilo que poderia ser capturado e contido, mas na relação da coisa (prédio) com a memória e cultura.

Ou seja, o desafio de entender a coisa ao invés do objeto, trata-se de algo que não se prende à uma descrição exata de estruturas e metragens, e sim de que tipos de agências essas coisas podem apresentar diante das fontes que nos comunicam sobre elas. Assim, o "passeio" aqui proposto, é um desafio para encontrar como culturalmente cada uma dessas estruturas se manifesta na interação com a sociedade e os sujeitos que as rememoram.

Essa pesquisa se depara com um fenômeno que podemos chamar de transitoriedade, ou até de provisoriedade dos lugares de parto em Ponta Grossa. São dois os principais motivos que nos levam a pensar sobre isso. Um deles é que apenas duas maternidades foram construídas para essa finalidade (Evangélico e Maternidade Santana). Todos os demais espaços são ou foram Hospitais que incluíram uma ala obstétrica dentro de sua estrutura. Outro fator é o número de lugares de parto que foram transitórios. A seguir, e elenco de espaços de parto já existiram em Ponta Grossa:

Quadro 2 – Maternidade e tempos de funcionamento

Hospital (período de funcionamento)	**Maternidade (período de funcionamento)**
26 de outubro (1906-1988)	Maternidade 26 de outubro (1931-1988)
Santa Casa (1912 - atual)	Maternidade Santa Casa (1982 - atual)
Maternidade Santana (1953-2017)	Maternidade Santana (1953-2017)
A Maternal (1970-1988)	A Maternal (1970-1988)
Hospital Bom Jesus (1962-atual)	Maternidade Hospital Bom Jesus (1962 - 1994)
Hospital Evangélico (1981-2016)	Maternidade do Hospital Evangélico (1981-2016)
Hospital Universitário Regional (2010-atual)	Clínica obstétrica do HU/HUMAI (2016-atual)

Fonte: organizado pela autora, 2023.

O quadro acima, é capaz de nos demonstrar certa inconstância sobre os lugares de parto da cidade. Nas fontes históricas e documentos encontramos as referências que nos mostram sobre as datas de funcionamento dos hospitais, com muito mais frequência do que é possível encontrar as datas de funcionamento das maternidades. Dentre todos, a Santa Casa destaca-se pelo longo período de funcionamento.

A Santa Casa de Ponta Grossa é um Hospital Geral, que funciona em um prédio histórico, localizado na área central da cidade, na rua Francisco Burzio, a 500 metros do cemitério municipal e a 300 metros do campus central da UEPG. É um prédio imponente, que ocupa a quadra inteira, e cuja localização costuma dispensar explicações. De modo geral as pessoas usam a Santa Casa e o Cemitério como referência de localização para essa região de Ponta Grossa, hoje central, mas que já foi periférica da cidade.

Dentre as tantas histórias possíveis de serem contadas sobre a Santa Casa, esse hospital que em Ponta Grossa se estabeleceu em 1912, podemos lembrar das Santas Casas surgidas em Portugal, no século XVI, que tinham como como missão:

“o tratamento e sustento a enfermos e inválidos, além de dar assistência a “expostos” – recém nascidos abandonados” (Franco, 2014, p. 8). Ainda segundo Franco, as obras das Santas Casas eram fundamentadas na doutrina cristã, e antecederam as práticas científicas. Alimentar os famintos e enterrar os mortos eram algumas das funções das antigas Santas Casas portuguesas, que se espalharam pelo mundo. Apesar do fascínio que essa história original das Santas Casas possa nos gerar, aqui vamos olhar por outra perspectiva, muito mais recente: a história da Santa Casa de Ponta Grossa, e seu fundamental papel na história do parto em nossa cidade.

Podemos, para tanto, considerar as várias vezes que a Santa Casa foi citada nas entrevistas, sempre sendo referenciada como o lugar capaz de acolher as situações de maior complexidade. Seu Altair, que nos falou sobre o Hospital Evangélico, menciona a Santa Casa, como o lugar que apesar de não ter nunca se firmado essencialmente como maternidade: “Passou mais a ser um Hospital para atender emergências, ou partos de difícil ocorrência” (Altair, 2022). Outro entrevistado, Doutor Northon, ao falar um pouco sobre o que lembra de uma casa de parto que funcionou na cidade, faz menção à Santa Casa num sentido semelhante: “Essa maternidade era a própria casa do médico, que foi transformada em uma espécie de casa de parto, que foi credenciada, mas as intercorrências necessitavam do acolhimento da Santa Casa” (Norton, 2022). Rosilene, entrevistada que nos falou sobre os meses finais do Hospital Evangélico, apresenta em sua fala o mesmo sentido: “Se a gestante tinha algum fator de risco, ela já não era direcionada para lá, ela já era direcionada para Santa Casa, que atendia alto risco. Então, por exemplo, se ela tivesse alguma outra doença crônica concomitante, ela já teria o atendimento lá” Rosilene, 2022). Doutor Severino, na mesma linha, nos conta: “A Santa Casa sempre mantinha esse perfil de alto risco. Isso se manteve até o momento em que foi se desenhando a separação entre alto risco e risco intermediário e habitual, e a Santa Casa acabou ficando com o alto risco” (Severino, 2022).

Podemos afirmar, assim, que a Santa Casa de Ponta Grossa forjou durante sua história o papel de acolhimento das demandas de alto risco[13], e como resultado hoje

13 Segundo a Linha de Cuidado Materno-Infantil do Paraná (2022), possuem alto risco gestacional, gestantes com: Características individuais e condições Socioeconômicas: •Dependência de drogas ilícitas; •Obesidade mórbida (IMC≥40). Condições Clínicas prévias à gestação: •Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento; •Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades; •Cirurgia uterina prévia fora da gestação; •Colelitíase com repercussão na atual gestação; •Diabetes mellitus tipo I e tipo II; •Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução

é reconhecida pelos sujeitos que fazem parte do cenário obstétrico da cidade, e é referência para os municípios de Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ponta Grossa e Sengés. Para poder ser habilitada como maternidade de alto risco, a instituição precisa, além das exigências habituais, também possuir leitos de UTI Adulto e UTI Neonatal, dispor de obstetra, enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia), pediatra, intensivista e anestesiologista nas 24 horas para atenção ao parto.

A Santa Casa, sendo uma maternidade referência para alto risco, evoca um tipo de organização muito relacionada à estrutura moderna e toda tecnologia de intervenções que possam salvar vidas. Pode-se sentir em alguns pontos, que a vocação da maternidade de alto risco é a que mais se distancia do parto natural e também do parto normal. Os índices de cesarianas nas maternidades de alto risco são em média 50% mais elevados que nas maternidades de risco habitual ou intermediário. Antunes *et al*. (2020) apresentam estudos que têm evidenciado uma forte associação entre o risco gestacional e a cesariana, com taxas de até 38,3%. Porém, conforme a OMS (Organização Mundial da Saúde) não há motivos que justifiquem a taxa de cesariana superior a 15%.

As intervenções do parto são muitas vezes concebidas culturalmente como fundamentais para a ocorrência deste. Historicamente, um movimento que associa o parto ao sofrimento, impele mulheres e casais a entregar o parto nas mãos de médicos

---

gestacional); •Doenças hematológicas: - Doença falciforme (exceto traço falciforme); - outras hematopatias. •Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras); •Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥4; •Hipertensão arterial crônica; •Hipertireoidismo; •Histórico de tromboembolismo; •Má formação útero-vaginal; •Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação); •Neoplasias; •Pneumopatias descompensadas ou graves; •Psicose ou depressão grave[1]. História reprodutiva anterior: •Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos); •Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores. Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual: •Anemia grave (Hemoglobina<8); •Diabetes gestacional insulinodependente; •Doenças infectocontagiosas: - HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, co- ronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses; - Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis con- gênita; •Doença hemolítica perinatal; •Gestação gemelar; •Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio). •Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo); •Incompetência Istmo-cervical; •Má formação fetal confirmada; •Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90)2; •Oligodrâmnio ou polidrâmnio; •Placenta acreta/acretismo placentário; •Placenta prévia (após 22 semanas); •Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)2; •Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia; •Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário); •Tromboembolismo na gestação; •Trombofilias na gestação; •Senescência placentária com comprometimento fetal.

que o fariam “sem risco e sofrimento”. Essa linguagem se tornou atrativa e levou a altas taxas de cesarianas sem real indicação. Ou nas palavras de Doutor Northon: “Disseram para a grávida que ela está com o pé na cova, e a cesárea é a salvação” (Northon, 2022).

As altas taxas de cesarianas tem história com motivações sociais, políticas e econômicas, além de apelos aos medos e sensibilidades. Isso merece uma atenção especial que buscaremos dar mais adiante. Por hora, podemos focar nas tensões dos sujeitos diante de um parto estratificado como de alto risco. Doutor Severino, responsável técnico pela maternidade da Santa Casa, conta sobre sua experiência:

> Dentro desse atendimento hospitalar, a minha vivência mais intensa é no alto risco, que foi e é ainda meu hospital base. Então você acaba, claro, tendo uma visão mais voltada para evitar complicações, com a presença e estrutura terciária. A UTI Neonatal, a UTI Adulto, e toda estrutura que você não raramente precisa utilizar. [...] O Nascimento é um momento muito alegre. Mas tem que ter um cuidado. Um certo grau de vigilância, de tensão. Quando eu estou na supervisão de alguém, eu sou responsável e nunca estou cem por cento relaxado, pois pode acontecer alguma coisa. Mas isso vem da minha experiência de lidar muito com alto risco, de ter visto óbitos fetais, de ter tido complicações, por vezes que você tentou por vezes modificar e viu que o neném acabava na UTI por conta daquilo. Tem que agir conforme o momento determina. Óbitos maternos são sempre tragédias, e se você não agir existe o risco. A pior coisa, ao meu ver como profissional, é você deixar passar alguma coisa séria por não estar atento (Severino, 2022).

A Santa Casa atende partos de alto risco pelo SUS, e convênios de qualquer estratificação de risco. Pela cadência das discussões trazidas, podemos sentir a carga de responsabilidade que parece ecoar desse lugar. As gestantes encaminhadas para a Santa Casa já carregam intrinsecamente um desaconselhamento a contrariar qualquer indicação médica, pois, o momento alegre pode se tornar uma tragédia a qualquer desatenção. Os profissionais, da mesma maneira, carregam consigo um compromisso de “saber o que fazer”. Essas impressões iniciais conversam com o lugar, onde realizei duas observações. Para que eu pudesse me inserir como pesquisadora, meu projeto foi demoradamente avaliado:

> Minha primeira solicitação para realizar a pesquisa dentro da Santa Casa foi em fevereiro de 2022. A autorização de fato se deu em Maio. Após percorrer os processos necessários pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas (NEP), no dia 19 de maio compareci para retirar a carta de autorização de pesquisa.
>
> No dia 07 de junho, às 8:35h cheguei procurando pela Enfermeira Eliane, conforme fui orientada. Quando cheguei, Eliane me perguntou o que exatamente eu pretendia observar. Respondo que desejo observar de modo geral. “Ótimo”, diz ela, e me encaminha para uma sala de pré-parto, onde estava sendo realizado um cardiotoco.

> Senti já na chegada que ela estava envolvida em um plantão agitado. E estava! (Observação 3 - Santa Casa depois da chuva, 2022).

Entrar na Santa Casa, autorizada como pesquisadora, foi uma oportunidade que considerei importante e desafiadora. As fontes até aqui acessadas sobre a história da instituição me fazem vislumbrar a Santa Casa como uma espécie de matriarca sobrevivente entre as instituições de parto. Presenciar algumas cenas da vida ordinária deste hospital e os sujeitos em seus movimentos, foi capaz de me aproximar da realidade do lugar, e também de sua história e expectativas.

Esse primeiro contato, que resultou na Observação 3 - (Santa Casa depois da chuva), ocorreu eu um dia atípico, que apesar da exceção pode nos informar o cotidiano:

> A enfermeira volta à sala do pré-parto e me convida a acompanhá-la até a sala de enfermagem. "Estou resolvendo sobre uns leitos, já falo com você". Me disponibiliza um armário para acomodar minha bolsa. A sala das enfermeiras é uma adaptação que me lembra um antigo corredor. Tem um computador, ao seu redor as escalas, lembretes, casos de notificação, listagem de restrições judiciais. Essas informações visuais são muito semelhantes ao que vejo no HUMAI. Mais ao fundo equipamentos como cavalinho de parto e colchonetes estão armazenados. Uma mesinha é utilizada para lanches muito rápidos. Um pequeno espaço que parece um bastidor que abriga dos olhos dos pacientes e acompanhantes um pouco da realidade intensa e por vezes caótica que é a organização de um setor hospitalar. Na sala das enfermeiras é que se discute: como conversar com um paciente que joga roupa suja no chão, que joga copo sujo no chão? Como abordar a higiene pessoal e do ambiente sem parecer grosseira? (Observação 3 - Santa Casa depois da chuva, 2022).

A sala das enfermeiras revela uma característica de acúmulo de diferentes funções e atribuições que são invisibilizadas pelas instituições e cumpridas pelas profissionais. O posto de enfermagem, que é público, parece facilmente administrável. Mas a sala das enfermeiras, que é privada, é onde a diversidade das demandas se resolve de maneira velada. É lá que o caos se materializa: os lembretes que versam sobre escalas, notificações, restrições judiciais, etc., fazem parte do cenário onde uma enfermeira precisa dar conta de gerenciar tudo isso e ainda remanejar pacientes graves. Para pensar sobre isso, encontro no artigo: Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional, diversos fatores históricos e culturais que são apontados como causas relacionadas à desvalorização da profissão. São eles: “falta de reconhecimento da cientificidade da Enfermagem, à veiculação errônea na mídia, comportamentos inadequados perante a equipe e, ainda, à sobrecarga de trabalho.” (AVILA *et al.*, 2013, p 102). Ainda segundo as autoras,

> Ao explorar a temática da imagem do ser enfermeiro e seus estereótipos, identifica-se a existência de algumas marcas da trajetória histórica da profissão que permanecem vivas em detrimento de sua evolução tecnológica e científica, tais marcas podem ser percebidas através da persistente imagem de submissão profissional aos demais integrantes da equipe de saúde e a imagem errônea de serviço caritativo (Avila *et al.*, 2013, p 102).

A sobrecarga de trabalho e a necessidade de cumprimento de atribuições gerais não específicas da profissão, não é exclusividade da enfermagem e nem de uma instituição. As hierarquias profissionais são históricas e arraigadas socialmente. Além disso, vínculos trabalhistas mais frágeis por vezes criam uma sensação de que não é possível questionar ou rejeitar demandas impostas. Penso nisso no momento que associo que a enfermeira me recebeu para realizar uma observação de pesquisa, mesmo sendo um dia tão turbulento.

> O dia é de chuva. A noite que antecedeu e a manhã foi de chuva forte. Na sala de enfermagem compreendo que a chuva molhou algum setor que está exigindo a relocação de pacientes (Observação 3 - Santa Casa depois da chuva 2022).

A ala 300, como popularmente é conhecida a área da maternidade da Santa Casa, atualmente divide o terceiro andar com alguns internamentos clínicos e pediátricos. A Enfermeira atende a ala toda, tendo que equilibrar-se diante da variedade de demandas. No mesmo andar localiza-se a UTI Coronariana, um importante setor do Hospital. A página institucional da Santa Casa divulga informações e imagens desse serviço, que é o mais recente da instituição. A maneira que é apresentada essa UTI me faz pensar em como os hospitais vão incorporando novos serviços, e conforme chegam recebem um cuidado especial:

Figura 7 – Página institucional da Santa Casa



Fonte: Site Oficial Santa Casa. **UTI Coronariana**. Santa Casa, 2021. Disponível em: https://santacasapg.com/servicos/uti-coronariana/. Acesso em: 20 dez. 2022.

O fragmento de observação que segue, mostra a movimentação gerada pela chuva, que interferiu na UTI Coronariana, e por consequência em todo o andar do hospital:

> Ao final do corredor fica a UTI Coronariana. Ali há um movimento de mudança. A equipe está em movimento intenso. Passa transportando um paciente que me parece mais grave, pois com muitos equipamentos que monitoram e apitam anunciando seu breve transporte.
>
> Alguns rapazes do setor de manutenção, passam carregando cordas. Um deles brinca: ‘esqueci de vim com a camiseta da brigada, porque isso tá parecendo serviço da brigada’.
>
> Puérperas e seus bebês também estão sendo transferidos para outro quarto. Passam caminhando tranquilamente, com recém-nascidos e acompanhantes. As bolsas grandes e pertences volumosos seguem com eles, e a enfermagem auxiliando.
>
> A estrutura do prédio é uma mistura de antigo e novo. Algumas portas pesadas, entalhadas, outras modernas e de correr. A edificação é alta. Os corredores largos (Observação 3 - Santa Casa depois da chuva, 2022).

A cena que presenciei combina com a observação de um crescente uso de tecnologias avançadas, que permitem os hospitais se especializarem no suporte à vida. A hospitalização do parto ocorre no mesmo espaço onde a lógica de complexidades e especialidades da medicina se firmam. Os hospitais privados ou filantrópicos que prestam serviços para o SUS são ressarcidos pelo atendimento, e o valor depende da complexidade do serviço. Nesse sentido, o parto não é um dos procedimentos que são melhores pagos. Um estudo de 2016, demonstrou

preocupação sobre os saldos negativos gerados aos hospitais que assistem aos partos:

> Levando em consideração que o SUS repassa o valor de 596,90 por parto normal e 672,11 por parto cesárea, sendo incluso despesas médicas, alojamento, sala cirúrgica e nutrição da gestante/puérpera e do recém-nascido. Foi considerado os custos dos partos desde a recepção da gestante, acolhimento e cuidados do recém nascido, até a alta hospitalar, sendo excluídos partos com intercorrências maternas ou neonatal, obtendo o custo de 1.234,15 pelo parto natural e 1.295,35 pelo parto cesárea, totalizando um saldo de –1.236.630,30, saldo referente ao ano de 2014, considerando os valores repassados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Pawelski; Moura, 2016, p. 03).

Essa consideração sobre saldo negativo demonstra as dificuldades que os hospitais têm de custear o procedimento. Pensando na realidade de Ponta Grossa, em relação aos aspectos trazidos nas entrevistas Doutor Severino revela:

> A gente observou que as administrações hospitalares tentavam com o tempo não manter as maternidades. Isso é um discurso frequente, em que a gente escuta que a maternidade não dá lucro. Não é interessante para os hospitais, comparado com outras especialidades que tem uma complexidade maior e com possibilidades de honorários maiores e de recebimentos melhores para o hospital. E isso na prática a gente acabou confirmando, ou seja, foi fechando maternidade por maternidade. As que têm algum tipo de convênio, acabaram sendo direcionadas para as que não fecharam (Severino, 2022).

A história não pára para ser contada. Por isso, aqui é necessário um esclarecimento sobre o contexto daquele momento: uma informação sobre o fechamento dos leitos SUS de obstetrícia da Santa Casa em setembro de 2022, corria entre os entes da organização política da cidade. O site de notícias da prefeitura de Ponta Grossa, divulgou: “o HU poderá ampliar seus serviços, passando a sediar, no prazo de alguns meses, o atendimento às gestantes de alto risco, hoje prestado pela Santa Casa, que manifestou intenção em descontinuar esse convênio” (Ponta Grossa, 2022).

Dani, a Enfermeira que me recebeu na noite que estive na Santa Casa, fala sobre esse assunto, adicionando o que sabe em sua experiência, sobre os motivos que levam os hospitais a abrirem mão da obstetrícia:

> A maternidade tem muitos casos que geram processo, e aqui é diferente de quem é do Estado, pois quando a instituição tem que pagar uma indenização, isso pesa no salário, pesa nos equipamentos. Esse é um dos motivos que a direção não quer mais a maternidade. É um setor de prejuízo, que usa muita fralda, muito copo e lavanderia para os lençóis ensopados de sangue. Tudo custa, e o SUS paga pouco (Observação 6 - Santa Casa noturna, 2022).

A possibilidade do fechamento dos leitos obstétricos da Santa Casa, me deixou bastante reflexiva. Penso sobre como os cuidados com o nascimento estão se adensando no HUMAI. Buscando compreender mais sobre como essa mudança pode afetar o cenário obstétrico da cidade, busco ouvir mais opiniões. Em entrevista, retomo o assunto com Doutor Severino:

> Lucimara: É uma notícia confirmada sobre o fechamento da maternidade da Santa Casa?
>
> Severino: É política! É política! A princípio está definido. A Santa Casa tenta já há anos a transferência do alto risco. Só que não havia capacidade de absorção em outro local. A partir do momento que surge essa disponibilidade, a Santa Casa colocou isso como um objetivo. E eu acho que a partir do momento que o Estado vai absorver, isso é o certo. Só não se sabe exatamente se vai ser março, ou quando vai ser.
>
> Lucimara: e já se sente esse clima de fechamento na Santa Casa?
>
> Severino: Sim, as meninas lá dizem: vamos sentir saudades das mãezinhas e tal. O SUS vai sair. Vai ficar o convênio e particular, mas vai ter maternidade. Claro que muda totalmente o perfil, pois acaba perdendo essas políticas de boas práticas. Acaba perdendo essa diretriz. Ao meu ver é uma perda grande. Me preocupa, mas a gente sabe que o SUS tem um sistema de remuneração complicada. Os hospitais ficam deficitários. Tem desvios de verbas da saúde, tudo isso impacta (Severino, 2022).

Um aspecto que me parece importante na fala do médico, é a questão das políticas de boas práticas e sua relação com o SUS. Deixar de ter leitos do SUS, implica, em sua visão, perder o contato com as diretrizes que impulsionam os hospitais privados ou filantrópicos a conduzir suas práticas de acordo com as práticas científicas atualizadas preconizadas pelo SUS. Nosso entrevistado, pela sua experiência, parece lamentar em algum sentido o encerramento do convênio com o SUS que se anuncia.

Os leitos não fecharam. Até julho de 2023 o funcionamento da Obstetrícia da Santa Casa continua da mesma forma. Mas há nesse achado uma expectativa, que precisa ser considerada, pois é parte constitutiva da história política e cultural do parto. O constante risco de fechamento de mudança, cria expectativa, e essa expectativa não é recente, pois, outras crises já trouxeram essa possibilidade. Esperar o que não aconteceu, passa a constituir a experiência dos sujeitos. Koselleck, em sua obra “Futuro Passado” apresenta conceitos de experiência e expectativa. A relação do sujeito histórico com aquilo que espera, pode alterar sua realidade objetiva, da mesma forma que sua experiência contribui para suas expectativas:

> As experiências passadas sempre contêm resultados objetivos, que passam a fazer parte de seu modo de elaboração. Isso, naturalmente, também exerce

> um efeito sobre as expectativas passadas. Consideradas apenas como posições voltadas para o futuro, pode ser que elas tenham possuído apenas uma espécie de realidade psíquica. Como força motriz, no entanto, sua eficácia não é menos real do que o efeito das experiências elaboradas, uma vez que as expectativas produziram novas possibilidades às custas das realidades que se desvaneceram (Koselleck, 2006, p. 313).

O fechamento da maternidade SUS da Santa Casa é tomado por verdadeiro e cria expectativas que transformam a relação dos envolvidos, mesmo sem ter se concretizado. Essa expectativa vai ao encontro do conhecido processo de fechamento de pelo menos outros seis espaços de parto que já existiram na cidade: 26 de Outubro, Vicentino, Bom Jesus, A Maternal, Santana e o Hospital Evangélico, que passaram por processos que culminaram no encerramento da assistência aos partos. De todos, podemos apontar como o mais polêmico o encerramento dos atendimentos do Hospital Evangélico.

O Hospital Evangélico de Ponta Grossa, hoje fechado, funcionou entre os anos de 1981 a 2016. Tem uma história mais recente e mais breve que a maioria das demais instituições de parto de Ponta Grossa. No entanto, nos anos que esteve ativo, o Evangélico se consolidou como a principal maternidade de Ponta Grossa, e as memórias a seu respeito são polêmicas, saudosas, dolorosas e controversas. De modo mais audacioso, digo que ao olhar para a história cultural do parto em Ponta Grossa, a trajetória do Hospital Evangélico manifesta um trauma social.

Sua estrutura física, hoje sem uso, está fechada desde 2016, e fica localizada em uma região central da cidade, próximo à rodoviária e ao Hospital Bom Jesus. Seu endereço, à rua Pastor Fugmann, apesar de central preserva um movimento moderado. A imagem da fachada feita por mim em uma passagem intencional para ver como estava o prédio, nos mostra as plantas crescidas, fechando alguns acessos. Trepadeiras haviam dominado algumas janelas. Outras plantas impedem a abertura do portão lateral. No entanto, a ação que modifica esse antigo hospital, é toda da vegetação. Não percebo depredação humana, nem intervenções como grafite, pichações ou outras comuns aos prédios fechados nas áreas centrais da cidade. Isso me leva a pensar que há esperança de reuso do espaço. Alguém cuida dali, com a esperança de algum tipo de reabertura.

Figura 8 – Fachada do Hospital Evangélico em Ponta Grossa-PR em 2022



Fonte: a autora, 2022.

Contemplar esse prédio e sua atual apresentação me faz pensar sobre a força dos determinantes que levaram ao fechamento dessa instituição. Dizendo de outro modo, me pergunto quais as feridas essas plantas estão fechando? Quase todas as fontes orais até aqui construídas trazem alguma referência ao Evangélico. Algumas com um sentimento de derrota e traição, outras com um discurso de alívio pelo seu fechamento. No entanto, falar diretamente sobre ele, é um assunto que gera desconforto, e por vezes demora para fluir. Até encontrar pessoas dispostas a falar sobre o Evangélico, me deparei com várias negativas. Algumas pessoas me deixaram sem respostas no WhatsApp e outras se negaram diretamente. Atribuo esse silenciamento ao modo como se deu o fechamento do Hospital: uma crise sanitária, econômica, humana e da imagem institucional afetou a maternidade de modo que não foi possível reverter o fim do ciclo de funcionamento.

A primeira pessoa que aceitou com tranquilidade compartilhar comigo o que sabia sobre o Evangélico, foi a última diretora. No dia 03 de março de 2022, Rosilene Gomes me recebeu em seu estúdio de terapias alternativas. Um espaço muito agradável, com um aroma delicado e relaxante. A recepcionista me anunciou e Rosilene me recebeu com um abraço e me deixou à vontade em sua sala de atendimento. Após esse procedimento, Rosilene começou me explicando:

> Eu estive frente ao Hospital Evangélico a partir de março de 2016. Quando eu fui convidada para trabalhar lá, estava num momento bem delicado da instituição [...] Então quando eu cheguei lá, nós tínhamos uma realidade de uma estrutura física com necessidades urgentes de adequação, tínhamos uma carência de profissionais médicos, uma dificuldade para montar essa equipe, aliado à uma pactuação com o Estado, que tinha sido feita, que trazia recursos mas que não absorviam as despesas do hospital. E frente a todas as questões que tiveram, houve um desgaste muito grande da imagem do hospital, então também nós tínhamos pouquíssimos pacientes particulares ou convênio. Praticamente era 95% SUS. A realidade de uma instituição filantrópica, uma instituição quando tem atendimento SUS e atendimento de convênios e particular, faz com que aumente a receita, e não era a realidade de quando assumi. Tinha mês que chegava a 98% de SUS, e isso gerou uma crise financeira grave para a instituição (Rosilene, 2022).

Durante a entrevista, Rosilene comunica sobre sua breve participação no Evangélico: ela que foi chamada pelo grupo gestor para realizar um diagnóstico para a reestruturação do hospital, e ao tomar conhecimento da dimensão da crise que assolava a instituição, acabou dando seu parecer para o fechamento:

> A gente buscou junto a 3ª Regional, junto a SESA, algumas alternativas para poder continuar, continuar a atividade. Porém o investimento era alto e não se dispunha de um recurso financeiro que pudesse ser pra isso. Então foi quando tomou-se a decisão pelo fechamento da instituição, por nós não termos a viabilidade de continuar (Rosilene, 2022).

Apesar do caráter técnico da fala da entrevistada, que não parece ter dúvidas sobre a urgência que havia para o fechamento, sinto que há um pesar pela situação ter chegado a tal ponto. Pergunto à Rosilene se ela imagina, que se houvesse possibilidade de manter as atividades do Evangélico, ele poderia apresentar algum diferencial, ela me respondeu:

> Quando eu cheguei lá a equipe médica de Ponta Grossa não estava mais atuando lá. Mas anteriormente, eu trabalhava em outras instituições, muitos dos médicos tinham um carinho especial por lá. Eles trabalharam muito tempo por ser aquela coisa de ser um hospital menor, a complexidade é menor mas tem aquela pessoalidade. Isso era um carinho que os profissionais na cidade tinham, até mesmo porque foi a instituição que acolheu a maior parte deles. Se for ver hoje na cidade os G.Os mais antigos tiveram sua trajetória passando pelo Evangélico. Então havia esse carinho. Mas enfim, por motivos que não sei citar, houve esse desgaste e a saída dos médicos de Ponta Grossa (Rosilene, 2022).

Os médicos da cidade definiram que não atenderiam mais ali. Mesmo a entrevistada não citando os motivos para isso, podemos relacionar com a crise que o hospital vinha passando. A proposta de um hospital menor, com relações personalizadas e atendimentos de menor complexidade, que antes agradou os envolvidos, já não condizia com a realidade do Evangélico, que, na tentativa de manutenção financeira, havia abarcado muitos municípios dos Campos Gerais. Esse

movimento durante o qual os profissionais médicos se retiraram, agravou ainda mais as dificuldades já sofridas.

> Nós não tínhamos médicos da cidade atendendo. Pouquíssimos médicos, mas médicos ginecologistas e obstetras não tínhamos. Nós atendíamos alguns municípios da região aqui, e isso sobrecarregou também o atendimento. A porta de entrada, o pronto atendimento, no período que eu estive lá, nem todo período a gente conseguiu ter um ginecologista obstetra por conta da escassez no mercado. Foi tentado as universidades, os lugares onde tinha residência em ginecologia para ver se a gente conseguia médicos, nem que fossem plantonistas […] (Rosilene, 2022).

Outra entrevistada, a Laryssa, que é enfermeira obstetra, hoje atuando na formação de enfermeiros na graduação e na residência, nos concede uma perspectiva profissional da sua experiência dentro do Hospital Evangélico:

> Eu não era funcionária do Evangélico, mas eu praticamente morava lá dentro, tinha turmas da UEPG, da pós-graduação de enfermagem obstétrica, e até falta de material a gente tinha, autoclave estragada, era muito mal administrado na verdade. Era dinheiro público indo para o ralo literalmente. Posso dizer isso porque era realmente o que a gente visualizava lá, e querendo ou não isso ainda vai perpetuar por algum tempo, essa lembrança. Muitas famílias foram devastadas, para não dizer destruídas, por conta de óbitos que poderiam ter sido evitados, tanto materna como infantil [...]. Eu respondo processos dentro do Evangélico, como professora de estágio, por estar presente no momento de certas circunstâncias, não de estar realizando o ato, mas por estar do lado, ainda tenho que responder algumas situações […] (Laryssa, 2022).

A maneira que conduz sua narrativa nos mostra um drama vivido por profissionais que mesmo percebendo as irregularidades que assolavam a instituição, não se sentiam capazes de reverter o que ocorria. Em outro trecho da entrevista, Laryssa conta:

> Lembro que a primeira bola e a primeira banqueta quem levou fui eu, através de uma parceria com um curso de pós graduação Esse curso doou essas primeiras bolas e tatame, a banqueta, E ali com os estágios da especialização, começou um movimento de uma possível humanização do nascer no Evangélico. A gente começou a tentar colocar essa visão, tanto na parte médica quanto na equipe de enfermagem, essa visão mais humanizada do processo. Mas mesmo assim ainda tinha muitas falhas.
>
> A maneira que o hospital era conduzido era bem complexo, principalmente a parte da gestão era difícil ter uma condução organizada do processo. Apesar da gente ter uma equipe que prestava assistência como podia naquele momento, houve muitas fragilidades ali dentro, houve muitas mortes, muitas perdas e com certeza tanto a assistência quanto a parte administrativa teve o seu papel nessas situações [...]. Eu lembro que as condições de atendimento eram precárias. E eu tô falando de 2013 [...] 2012 mais ou menos [...]. Presenciei períodos inteiros de plantão sem médicos dentro do Evangélico (Laryssa, 2022).

A crise rememorada pelas entrevistadas motivou importantes movimentos da sociedade civil, que mobilizaram outros entes políticos da cidade, denunciando as sérias condições de violência obstétrica, de negligência nos atendimentos e falta de estrutura física e humana para a assistência aos partos.

O assunto até então muito silenciado a respeito das precariedades e violências que envolviam o cuidado com o nascimento, começou a ganhar voz. Podemos examinar alguns resultados que marcaram o debate sobre o cenário obstétrico da cidade:

A constituição de uma Comissão Especial de Investigação pela Câmara de Vereadores de Ponta Grossa, no ano de 2015, teve como objetivo “Analisar a estrutura e a qualidade dos atendimentos realizados em Ponta Grossa para atender às gestantes e aos recém-nascidos, através do Sistema Único de Saúde. O relatório final apresenta como resultado:

> Uma das consequências do trabalho desenvolvido pela CEI das Maternidades foi a paralisação das atividades do Hospital Evangélico, após a ocorrência de irregularidades constatadas por vistorias feitas pelas Vigilâncias Sanitárias Municipal e Estadual e denúncias de problemas médicos e de mortes de bebês (Ponta Grossa, 2016).

Para nos dar uma dimensão sobre como esse movimento foi sentido internamente, podemos olhar para um momento lembrado por Neulair, que trabalhou como auxiliar administrativa no Hospital Evangélico:

> Além de ter os problemas, não tinha ajuda financeira, precisava ser feita essa manutenção no centro cirúrgico, até foi comprada uma autoclave, foi pago acho que uns 200 mil reais. Só que tinham outras coisas também. A vigilância sanitária em cima, ia fazer vistoria no hospital sábado às onze horas da noite. Até parecia perseguição, porque a vigilância sanitária não vai fazer uma vistoria às onze horas da noite (Neulair, 2022).

Outros tensionamentos relacionados ao que podemos chamar de movimento em prol da qualidade da assistência ao parto podem ser sentidos quando olhamos para a constituição, no ano de 2015, de uma ONG, que reunia mães, pais, gestantes, profissionais da saúde e políticos, para discutir estratégias para promover a maternidade ativa e segura. Segundo o que podemos encontrar nos arquivos de memória do Portal Comunitário da UEPG (Ponta Grossa, 2016), a AMAS (A Associação da Maternidade Ativa e Segura):

> Entra no cenário de associações pontagrossenses a fim de reivindicar a assistência obstétrica digna e informada de forma a respeitar os direitos das parturientes [...] defendemos a inversão da lógica dos serviços obstétricos,

> para os quais a mulher e a família devem adequar-se ao sistema, à arquitetura e às rotinas hospitalares, às necessidades dos profissionais de saúde.

Ainda nessa perspectiva podemos apontar produtos da Universidade Estadual de Ponta Grossa, que convergem para o objetivo de adequação da assistência ao parto, diante das políticas e diretrizes de humanização. O documentário “Na(ser) Mulher: Relatos de violência obstétrica em Ponta Grossa" (2016), tem como tema violência obstétrica, foi produzido por Jaqueline Guerreiro e Leonardo Mordhost em 2016 como produto final de trabalho de conclusão de curso em Bacharelado em Jornalismo.

Outro documentário denominado “Quem vê minha dor!” (UEPG, 2018), fala sobre perda perinatal, assistência obstétrica e luto. O documentário é resultado de uma parceria do Núcleo de Produção Audiovisual com o Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da UEPG.

Entre outros movimentos contribuidores para este debate, podemos também citar o Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre Saúde Reprodutiva, que esteve ativo entre os anos 2016 a 2020, e o I Encontro Nascer nos Campos Gerais, realizado em 11 e 12 de abril de 2018, no auditório da UEPG (Ponta Grossa, 2018).

Todos os citados tensionamentos apresentavam como objetivo contribuir para uma melhor assistência obstétrica na cidade. O Evangélico, sendo a principal instituição de parto daquele contexto, acabou encerrando suas atividades pela incapacidade de superar os problemas que estavam sendo denunciados.

Porém, uma outra face do Hospital Evangélico nos é apresentada nessa pesquisa. Para além do Hospital que fechou por falta de recursos, também podemos olhar para o Hospital que foi sonhado por mulheres e construído por um grupo da sociedade Evangélica.

Para iniciar nosso olhar para essa perspectiva escolho esse trecho da minha conversa com Neulair:

> Lucimara: de modo geral, como você avalia o Evangélico?
> Neulair: O hospital ajudou muito a cidade. Todo mundo fala mal do Evangélico, e ele teve coisas erradas, mas o engraçado é que na balança pesa mais a coisa ruim do que a coisa boa. Ele tem uma história, quantas mulheres tiveram seus filhos ali! A minha mãe teve minha irmã caçula, meus sobrinhos e meu filho nasceram ali… Quanto atendimento, quanta gestante ele acolheu sem ter pré-natal, sem pensar… a mulher chegava lá, o hospital acolhia. Teve coisas erradas, mas eu penso mais no bem, em quanta coisa boa o hospital fez pelas mulheres aqui da cidade (Neulair, 2022).

E assim outras nuances sobre o Evangélico começam a aparecer em nossa pesquisa, e essas, relacionadas a uma estrutura de sentimentos que demonstram a memória afetiva sobre uma outra história, uma narrativa que disputa espaço de memória. Seu Altair Coelho, aos 83 anos, juntamente com sua esposa e filha, me receberam em seu apartamento, localizado no centro da cidade. Conhecendo meu objetivo de ouvir sobre a história do Evangélico, ele prontamente se dispôs a falar.

No momento que cheguei, eles se demonstraram acolhedores, e de antemão me explicaram que muita gente não quer falar sobre o Evangélico, porque o fechamento, como se deu, foi bastante traumático para os envolvidos. Com isso já senti a responsabilidade que me coube como pesquisadora, pelo fato de ouvir uma perspectiva muito silenciada a respeito dessa instituição, que pelos seus problemas finais foi duramente criticada.

Outra iniciativa que encontramos na história desse hospital, dá a saber que no ano de 2010 ele se tornou a primeira referência para atendimento de vítimas de violência sexual:

> O ponto inicial para o atendimento das vítimas de violência sexual será o Hospital Evangélico, através do Serviço de Referência às Vítimas de Violência Sexual (Servs). Num primeiro momento serão coletados materiais para exames e no caso de mulheres serão medicadas com contraceptivos de emergência. Médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, preparados para lidar com este tipo de violência, preencherão uma ficha com os dados do paciente, que será mantida em sigilo, para uma análise epidemiológica.Caso a vítima necessite de internamento, ela será encaminhada para o Pronto Socorro, se for do sexo masculino, e para o Hospital da Criança, no caso de crianças. Já as mulheres permanecerão no Hospital Evangélico. As pessoas agredidas sexualmente receberão também acompanhamento psicológico. As vítimas devem procura o Servs no Hospital Evangélico, na rua Pastor Fugmann, 747, próximo à 13ª Delegacia de Polícia (Busnardo, 2010).

Seu Altair, narra o início do sonho de uma maternidade, que iniciou a ser planejada desde o ano de 1947 e inaugurada em 1981:

> A comunidade pontagrossense sentiu necessidade de ter uma maternidade [...]. Nasceu então uma sociedade chamada Sociedade Evangélica Beneficente de Ponta Grossa. Essas senhoras trabalharam em grupo, fazendo trabalhos manuais, fazendo festas, encontros, tudo com objetivo de ter renda para a construção do Hospital Evangélico. Em 1981 foi inaugurado o Hospital Evangélico. Daí então de 1981 houve o primeiro parto na maternidade, que por sinal era de um casal que trabalhava como guardião e cuidador da construção do hospital. Esse menino nasceu nessa época, e foi o primeiro parto (Altair, 2022).

A narrativa de seu Altair se encaminha em demonstrar as mobilizações sociais e políticas que viabilizaram a existência dessa maternidade. As ações das senhoras

da sociedade evangélica são apresentadas como uma motivação inicial de um objetivo que posteriormente ganhou influentes colaboradores:

> A Associação é de 47 ou 48, por aí, e nasceu porque o Hospital era sonho: ganhamos o terreno, que foi doado pela família Hilgemberg. Houve até um sorteio de uma casa no ano de 81, 82, ou talvez até mais adiante, foi feito uma rifa, com grande participação da população, e o Pedro Wosgrau na época, era construtor apenas, mas ele fez a doação de uma casa para que fosse sorteada pelo Hospital Evangélico. Outras lojas aqui da cidade como a Copaci, que representava a Ford, fizeram até doação de automóvel para que o hospital tivesse condições de fazer promoções para juntar dinheiro (Altair, 2022).

Além dessa mobilização para a construção, Seu Altair ainda acrescenta sobre a busca de recursos para mobiliário e manutenção do Hospital, que também envolveu, segundo nos conta, muitos recursos relacionados à comunidade Evangélica:

> Dificilmente nós recebíamos alguma coisa de recurso público. Nós tivemos doações de pastores que estiveram nas igrejas daqui, e que não eram brasileiros. Um pastor do Canadá, dos Estados Unidos, da Alemanha, da Áustria… pastores que passaram por aqui um período, que se comunicaram com o Hospital de origem deles e recebemos algumas doações, como uma mesa cirúrgica de um hospital da Alemanha, um colposcópio, que é uma espécie de microscópio para fazer a observação do nascimento do nenê, de material cirúrgico e uma série de coisas que foi conseguido em função dos pastores. O pastor Peter Mathias, pastor Ariberto, que faleceu ano passado, ele era de descendência alemã, e de lá conseguiu trazer coisas para o hospital (Altair, 2022).

Sobre o desenvolvimento dos atendimentos do Hospital Evangélico, Seu Altair ainda relata que o mesmo teve desde atendimentos voluntários por médicos, até a tentativa da abertura de uma escola de maternidade:

> Tivemos também uma plêiade de jovens obstetras e pediatras que trabalharam, até graciosamente, pelo Hospital. Como pediatras: Dr José Alinor Munhoz, Dr Isack da Silva Melnik, Dr Alberto Calvet, Dr Canto, entre outros, que trabalharam como pediatras. [...] Tentamos criar uma escola de maternidade, mas não foi possível. Mesmo assim nós tínhamos sala de aula e tínhamos aula para moças que trabalhavam no serviço de enfermagem (Altair, 2022).

Neste momento da entrevista, seu Altair me conta que possui um panfleto emitido como propaganda do Hospital, e que vai procurar entre suas coisas. Esse panfleto não chegou até mim. Porém, curiosa em ver o teor das propagandas institucionais, em uma busca pela internet encontrei uma apresentação com imagens internas do Evangélico, em um site da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (2020):

Figura 9 – Divulgação do Hospital Evangélico



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Paraná.

As imagens dessa apresentação nos mostram em sua sequência: alguns dados do potencial de atendimento, espaços da estrutura física e menções ao parto humanizado. Não encontrei informações sobre o uso dessa apresentação, mas por seu conteúdo, lembro da fala da Enfermeira Laryssa, sobre um período de busca de aprimoramento dos atendimentos e da inserção da discussão do parto humanizado. Mesmo supondo que a apresentação tenha um objetivo de propaganda, que talvez buscasse reverter as denúncias da crise que estava se instalando, o que as imagens nos mostram um pouco dos ambientes. Sobre o como está na atualidade o prédio, seu Altair diz:

> Hoje é um patrimônio perdido, porque já está fechado há três anos. Qualquer equipamento que fique três anos fechado já é deteriorado. Pena! Não devia ser assim! Mas é!
>
> Pena! Eu sinto bastante pena. Foi uma parte da minha vida que eu convivi lá. Eu pensei até em fazer uma campanha para ressuscitar o hospital: se você nasceu no Evangélico, ajude ele agora'. Por volta de 32 mil crianças nasceram lá, então são 32 mil adultos. Se der um real cada um dá 32 mil; se der 10 reais da 320 mil, se der 100 reais já deu pra fazer a reforma do hospital. Não sei se é válido levantar uma campanha nesse sentido hoje, mas pensei até, mas foi um pensamento que entrou por um lado e saiu pelo outro. Não tá fácil não (Altair, 2022).

Nosso entrevistado, ao demonstrar um desejo que considera não realizável de 'ressuscitar' o hospital, fala também da importância que reconhece na história da instituição e seu papel na cidade. Sobre o futuro do patrimônio, mostra-se inseguro e me conta sobre as tentativas que já foram realizadas de doação do prédio para algum ente da comunidade Evangélica:

> Pensa-se com a diretoria, que o Cassiano que é o presidente, pensa-se em fazer doação do hospital para uma comunidade, que daí eles se interessariam, porque hoje tem todas as comunidades e acaba não dando nada. Então se desse para uma comunidade… já houve intenção disso, tanto é que nós temos registro em ata de sugestão que o hospital deveria ser doado para Igreja Luterana. Depois vieram outras propostas, mas a Igreja nunca aceitou porque é realmente difícil carregar o Hospital. Nós fizemos um contato com a Igreja Evangélica Brasileira, que tem o maior serviço de medicina do Hospital Moinho de Ventos de Porto Alegre, na tentativa que talvez eles assumissem; carregar daqui não dá, então teria que assumir ele daqui. E para nós seria uma vantagem enorme para a população, se alguém assumisse o Hospital. Aqui ninguém mais tem condição de assumir, porque aqueles que foram os idealistas, não tem mais ninguém. Eu não fui dos primeiros, minha mãe e meu pai que estiveram na abertura, mas eu voltei muitos anos depois. Mas é uma pena que não esteja funcionando, talvez um dia volte a funcionar […] mas tem que ver o que fazer com ele. Hoje existe uma indefinição muito grande em relação ao hospital. Ninguém sabe o que vai fazer. O prédio tem 2.500 metros (Altair, 2022).

Até a data da entrevista tal indefinição afligia seu Altair, que tem como desejo ver o hospital voltar a funcionar. E não vislumbrando uma possibilidade de que o mesmo continue sendo mantido pela sociedade Evangélica, considera:

> Não sabemos exatamente o que vai acontecer com ele, se vamos doar. Foi o que aconteceu com todos os outros hospitais Evangélicos do Paraná e do Brasil. O de Londrina foi doado, o de Curitiba foi doado também para a sociedade Mackenzie. Nós também poderíamos tentar uma coisa dessas para que continuasse a funcionar, não importa muito o nome mas que funcione (Altair, 2022).

Recentemente alguns boatos sobre a doação do Evangélico para a Santa Casa, começaram a tomar corpo e estão sendo noticiadas. Procurei na internet, saber mais sobre isso e já é possível encontrar algumas notas como a que segue:

> O prédio que sediava o Hospital Evangélico de Ponta Grossa deve ser doado à Santa Casa de Misericórdia. A decisão foi tomada em Assembleia da Sociedade Evangélica Beneficente de Ponta Grossa na última semana.
> O Hospital Evangélico está fechado desde 2016, quando enfrentava problemas financeiros. À época, o local era responsável por cerca de 900 consultas e 300 partos por mês. Os atendimentos compreendiam nove cidades da região dos Campos Gerais, a maioria do Sistema Único de Saúde (SUS).
> A estrutura foi construída na década de 1960. Mesmo fechado há cerca de sete anos, o prédio chegou a ser cogitado para a montagem de um hospital de campanha durante a pandemia da Covid-19 e em 2020 foi alugado para uma empresa de transmissão de energia.
> Conforme a Santa Casa de Ponta Grossa, o imóvel deve ser utilizado para ampliação do atendimento ambulatorial aos pacientes do SUS, ofertando consultas em diversas especialidades. Entre elas a cirurgia geral, cirurgia vascular, neurologia clínica e cirúrgica, cardiologia, gestação de alto risco, oncologia clínica e cirúrgica, pneumologia, clínica médica, nefrologia e terapia renal substitutiva (hemodiálise).
> A estrutura vai passar por obras de reparo com recursos parlamentares destinados à entidade. Atualmente, a Santa Casa é referência em alta complexidade SUS para 28 municípios em três Regionais de Saúde no Paraná.
> Entre os hospitais filantrópicos da cidade, a Santa Casa é responsável por 70% de todos os atendimentos SUS, que aumentaram expressivamente nos últimos cinco anos. A estimativa da entidade é de que mais de um milhão de pessoas sejam impactadas com o atendimento na região (Jaros, 2023).

Caso se confirme a doação, atende um anseio manifestado por Seu Altair, que nos fala de um desejo de que o espaço “continuasse a funcionar, não importa muito o nome”. Esse movimento pré-anunciado também se comunica com um risco de fechamento dos leitos SUS da maternidade da Santa Casa, que chegou a ser anunciado e depois voltou-se atrás.

O Evangélico se tornar um novo espaço de consultas ambulatoriais e hemodiálise da Santa Casa, depende de vários fatores e acordos que envolvem os

entes gestores da saúde. E esse novo arranjo que se anuncia, pode ser mais um, que sucede tantos outros, que em outros momentos movimentaram os espaços de parto que se encerraram ou se modificaram na história da cidade.

Entender as existências e fechamentos das instituições de parto na cidade, tem se mostrado uma tarefa mais difícil do que o suposto. Temos, pelas fontes históricas, mapeados nove espaços de parto que existem ou existiram. São eles: Hospital 26 de Outubro; Hospital Vicentino; Santa Casa de Misericórdia; Maternidade Santana; A Maternal; Hospital Bom Jesus; Hospital Evangélico; Hospital Unimed; Hospital Universitário (HUMAI).

Existiu uma dificuldade de pesquisa, que reside em identificar, dentro de cada instituição hospitalar, o período em que o mesmo atendeu aos partos. Isso porque, encontramos na história escrita dos hospitais, suas datas de inauguração, e os marcos considerados mais importantes. Porém, o que me parece, é que os partos começaram a ser assistidos sem um marco de inauguração do serviço. Não vemos notíciamento de inauguração de uma clínica obstétrica em todos os lugares; alguns parecem incorporar os partos em sua rotina, sem grandes anúncios.

A tentativa de sistematização dessas informações nos dá pistas para entender alguns movimentos políticos e culturais que trazem interesse e desinteresse para que a especialidade seja incluída ou não entre as especialidades assistidas em cada hospital. E também como essa “dança” de abertura e fechamento de maternidades, conversa com os contextos históricos em que se deram.

Para pensar sobre o modelo assistencial esteve vigente em dado momento, que passou a ser insuficiente em outro, podemos retomar aqui a história do Hospital Evangélico, que foi construído como um “sonho” de uma comunidade, e que, no entanto, não conseguiu acompanhar as novas necessidades requeridas pelos sujeitos que usavam da assistência obstétrica em um novo contexto. Esse movimento envolveu especialmente a militância social que provinha de uma força de desejo de não-violência no parto. As ações relativas à esse movimento combinam com o que aqui estamos entendendo por cultura, que não é algo estagnado ou imposto, mas se move de acordo com a vida ordinária dos sujeitos históricos: Para Williams, em todo lugar há sempre entre as pessoas um mundo a extrair e é nesse mundo, que está lá, que há o potencial, a verdadeira capacidade de luta pela vida, na experiência ordinária – a cultura produz realidade (Williams, 2011).

Outro lugar que abrigou partos na cidade, foi o Antigo Hospital 26 de Outubro, que integra o conjunto de edifícios da Rede Ferroviária, inaugurado em 25 de janeiro de 1931 (Chaves, 2006). O prédio desse antigo hospital localiza-se em área central, aos fundos do maior shopping center da cidade. Hoje, o prédio do 26 de Outubro pertence à prefeitura, e abriga alguns Serviços de Assistência Social.

Enquanto casa hospitalar era vinculada à ferrovia, portanto assistia aos Ferroviários e seus familiares. Ainda segundo Chaves, na década de 1940, faziam parte do corpo clínico do 26 de Outubro vários especialistas, entre eles, ginecologistas e obstetras (Chaves, 2006). A presença dessas especialidades nos faz perceber que essa casa hospitalar também agrega experiências para história obstétrica da cidade.

Sobre as histórias de cuidados de parto neste hospital, procurei o Dr Northon Hilgenberg. Por meio do que relata de sua experiência, começamos a entender da obstetrícia no 26 de Outubro, especialmente após os anos 1970. As imagens que seguem, dialogam com as memórias do médico entrevistado:

Figura 10 – Hospital 26 de Outubro



Figura 11 – Maternidade 26 de Outubro



Fonte: acervo Museu Campos Gerais.

O registro a seguir comunica sobre alguns aspectos do 26 de outubro, em relação com outros hospitais no contexto dos anos 1970:

> O panorama que começou a ser apresentado foi um cenário obstétrico cujas memórias percorreram de 1976 até os dias atuais, com ênfase nos anos 2000, que foi palco de acordos, embates, tensões e adequações que promoveram muitas mudanças na política de parto em Ponta Grossa. O início da experiência de Northon traz memória de diversos serviços, cada um com seu grupo médico, e todos caminhando pela busca do aperfeiçoamento e profissionalização do cuidado obstétrico. Meu entrevistado, nascido em Ponta Grossa, havia saído para estudar medicina na PUC Curitiba, e depois residência médica em ginecologia e obstetrícia, retornou em 1976 para atuar especialmente no Hospital 26 de Outubro. "Lá sempre houve parto, no 26 de Outubro, mas eram eventuais, de algumas esposas de ferroviários. Quando eu cheguei, vim disposto a mudar isso e fazer muitos partos. Já estava em

> curso a construção de um novo prédio destinado à maternidade, ali onde mais tarde se tornou o centro de especialidades. Esse prédio chamou atenção, e assim por volta de 1980, eram realizados ali 4 ou 5 partos por dia. E assim foi até final de 1988, quando fechou, pelo encerramento das atividades da cooperativa". A partir dessas mudanças, o 26 de Outubro passou a atender partos das famílias cooperadas e também do INPS.
>
> Northon rememora que o 26 de Outubro teve as primeiras experiências de parto com assistência médica em Ponta Grossa, pois anteriormente os partos normais eram acompanhados por parteiras "fosse quem fosse". As Irmãs Religiosas que cuidavam dos partos no Bom Jesus, no Vicentino e na Santa Casa, são lembradas por possuírem muito conhecimento e experiência. Tinham formação, eram enfermeiras padrão ou auxiliares de enfermagem Northon, 2022).

Outro desses lugares que identifico como referência para a história do parto em Ponta Grossa, é o antigo Hospital Vicentino, que tinha cunho caritativo, e foi um dos departamentos da Vila Vicentina. A Vila Vicentina é uma Obra vinculada à Sociedade de São Vicente de Paulo, fundada em Ponta Grossa no ano de 1947.

Sobre o Hospital Vicentino, a entrevistada Margarida nos oferece informações sobre protocolos da época e local, sobre a estrutura física disponível e especialmente sobre as maneiras de formação de profissionais pela prática. Sobre o Hospital Vicentino, Margarida conta:

> Os Vicentinos são daquela ordem religiosa que tem o cemitério, a vila e a casa da acolhida. No hospital tínhamos mais de duzentos leitos no total.
>
> A gente tinha pacientes particulares, alguns convênios, que eram poucos, a maioria eram aqueles que eram INPS, e N/C - não conveniados. E nessa hora tinha direito (Margarida, 2022)

A Maternal foi uma espécie de casa de parto, citada por alguns entrevistados, como Dr Northon e Seu Altair. Pelo que sabemos, não possuía condições de atendimento de partos emergenciados, e, portanto, necessitava de suporte da Santa Casa para transferir o que fosse necessário. Na conversa com Dr Northon, o registro que segue é sobre esse assunto:

> Falo ao Dr Northon que ainda sei muito pouco sobre A Maternal. Ele me diz que no momento não recorda de ninguém que possa detalhar mais, pois o Dr Gentil tocou esse espaço sozinho, e hoje já é falecido. O que soube me dizer sobre, é que o sobrado que abrigou essa maternidade era a própria casa do médico, que foi transformada em uma espécie de casa de parto, que foi credenciada, mas pelo que se recorda, as intercorrências necessitavam do acolhimento da Santa Casa. Anteriormente, Dr Gentil trabalhou no Bom Jesus, juntamente com Dr Bartolomeu Lisboa (Northon, 2022).

A existência dessa Casa de Parto, que conseguiu persistir em funcionamento por uma década, pode nos levar a uma reflexão sobre o modelo intencionado de cuidar

do parto, quando Dr Gentil e sua esposa abriram seu sobrado para receber as gestantes. Esse é o único registro de Casa de Parto em Ponta Grossa. A Casa de Parto é modelo intermediário entre parto domiciliar e parto hospitalar. Sobre a Maternal, a reportagem que segue traz alguns dados interessantes:

> Nas décadas de 1970 e 1980, funcionou em Ponta Grossa o hospital maternidade conhecido como Maternal. O prédio era situado na Avenida Balduíno Taques, próximo ao Cemitério Municipal São José. A Maternal era de propriedade do obstetra Dr. Gentil Pereira de Campos, falecido em 2012.
> "A avó de meu marido, Dona Sebastiana Messias, trabalhou na Maternal por muitos anos e o dono era o Dr. Gentil. Eles trabalhavam muito fazendo caridade, partos, cesárias tudo a custo zero. Ela era voluntária na maternidade e lá eles atendiam aos mais pobres mesmo", conta Isis Honesko.
> Recentemente, muitos cidadãos ponta-grossenses compartilharam nas redes sociais relatos de conhecidos e familiares que tiveram filhos nessa maternidade. "Minha filha nasceu nessa maternidade em 1982 nas mãos do saudoso Dr. Olavo de Carvalho, o Dr. Tim", compartilha Neiva Coelli. "Meu terceiro filho nasceu lá, o médico era o Dr. Gentil Campos", acrescenta Odair Pereira, durante o resgate de memórias entre os internautas.
> Durante muitos anos, o prédio da antiga maternidade foi transformado em um pensionato para estudantes da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Porém, em 2019 a estrutura foi totalmente demolida e deu origem a um estacionamento (COMVC, 2021).

A imagem que segue é da mesma reportagem e mostra o sobrado que abrigou A Maternal.

Figura 12 – Fachada da Maternal



Fonte: Portal COMVC, 2021.

Sobre o Hospital Bom Jesus, também precisamos considerar sua relevância no cenário obstétrico da cidade. Fundado em 1962, o Hospital de origem católica, tem um significativo registro histórico no Livro: Entre a medicina e a fé: Hospital Bom Jesus, 50 anos 1962-2012, dos historiadores Amanda Cieslak Kapp e Niltonci Batista Chaves. O registro bastante detalhado sobre a história da instituição, também nos deixa curiosos sobre o funcionamento da maternidade, pois não traz informações específicas sobre esse serviço. No entanto, nossas fontes orais nos indicam:

> No momento histórico narrado por Northon, estavam em funcionamento várias instituições que assistiam a partos: Hospital Bom Jesus, Santa Casa, Maternidade Santana, São Lucas, Maternal e Hospital Vicentino (Northon, 2022).
>
> Eu fui também diretor do laboratório do Hospital Bom Jesus, desde a fundação com o Dr Bartolomeu Lisboa. A Maternidade do Hospital Bom Jesus sempre teve parto (Altair, 2022).

Para entender melhor sobre a maternidade do Hospital Bom Jesus, que atualmente não está em funcionamento, fiz algumas tentativas de aproximação. Iniciei encaminhando e-mail para o RH e para a administração, em abril de 2022. Esse e-mail foi respondido, com a informação que a solicitação de pesquisa fora encaminhada para a aprovação, e que assim que analisado, entrariam em contato para combinarmos a entrevista. O Retorno não aconteceu e meu próximo e-mail não foi respondido. Em uma nova tentativa, compareci na recepção do Hospital para levar pessoalmente a minha solicitação. Durante a espera, alguns movimentos que pude observar, me levaram a pensar sobre as transformações que as instituições precisam se dispor a fazer para se manter em funcionamento. Tais observações partiram de minhas próprias memórias em relação àquele espaço:

> Enquanto aguardo, começo a observar a história que pulsa nesse lugar. O Hospital Bom Jesus, hoje denomina-se Hospital do Coração Bom Jesus. As imagens que me cercavam naquele momento, revelam as várias temporalidades ali presentes. O imponente mosaico com uma imagem de Jesus, uma lamparina, e uma criança doente sendo coberta e cuidada pelo Bom Jesus, é a mesma que tenho na memória de quando minha mãe passou por uma cirurgia neste hospital. Na época eu deveria ter uns 7 anos. Olhando para o lado, na porta a inscrição: “58 anos salvando vidas”, revela um pouco mais sobre essas permanências que consigo observar.
>
> O Hospital fica em frente à Igreja Transfiguração de Nosso Senhor Jesus Cristo, uma igreja católica de rito ucraniano. Sei disso porque pela minha descendência, tenho familiares ligados a esses espaços. Meus pais casaram nessa igreja, que esteve diretamente ligada ao Hospital. Por mais que eu não compreenda nada do idioma, já participei por muitas vezes das missas desse rito.

> Vejo a igreja que me refiro através das portas automáticas de vidro, que possuem modernas plotagens anunciando o plano de saúde para famílias e empresas. O Hospital do Coração, hoje tem a cardiologia como a especialidade a que foi vocacionado. Ainda não sei dizer quanto tempo funcionou a maternidade, mas já consigo sentir as importantes transformações desse lugar, que hoje dialoga mais com "uma fatia do mercado" ao qual o hospital precisa de adequar e competir (Observação 5 - Hospital Bom Jesus, 2022).

Segundo Chaves (2013), o Hospital Bom Jesus foi construído a partir de esforços de sócios investidores e doações da comunidade ponta-grossense, que tinham interesse em construir um hospital na periferia da cidade - Região da Nova Rússia. Um nome de muita visibilidade nas memórias relacionadas a esse Hospital é do Doutor Bartolomeu Lisboa, que parece ter sido a pessoa que mais mobilizou esforços para a existência desta instituição. Dr Bartolomeu, desde o início do funcionamento do Hospital Bom Jesus, contou com ajuda das Irmãs Servas de Maria Imaculada. Ainda segundo Chaves (2013), em 1965, o grupo mantenedor do hospital iniciou tratativas de venda do mesmo, pois não poderiam sozinhos continuar a custear os serviços, que vinham rapidamente se ampliando. A princípio a ideia não teria sido bem aceita entre todos os sócios fundadores, e houve uma tensão que perdurou ao longo de um ano. A Congregação acabou assumindo a administração hospitalar e a partir disso o hospital iniciou uma nova fase: "O Bom Jesus passava a se estruturar de forma a garantir as condições mínimas para a sua planejada expansão física e de serviços" (Chaves, 2013, p.59).

Existem, portanto, na história dessa instituição, várias demarcações sobre adequações que se relacionam com sua própria sobrevivência. Desde a venda para a Congregação, que poderia angariar mais recursos, depois, a estratégia da criação dos Planos de Saúde Bomjesam e Consaúde, e por fim ter se tornado "O Hospital do Coração". Isso tudo está relacionado com políticas de saúde e mercado, que faz, muitas vezes, com que os serviços obstétricos, tidos como menos complexos, mais onerosos para a instituição, sejam retirados das especialidades oferecidas. Na página do HCor Bom Jesus, encontramos a seguinte definição:

> A dedicação e o amor da Congregação das Irmãs Servas de Maria Imaculada, consagrou uma vocação despertada desde seus mais antigos alicerces, exercida com profissionais visionários e pioneiros no protagonismo, incomparáveis na prestação de serviços inovadores e a frente de seu tempo em Cardiologia, o Hospital Bom Jesus passa a se chamar Hospital do Coração Bom Jesus (HCor Bom Jesus) a partir de 02 de setembro de 2020
>
> Hoje, o HCor Bom Jesus, atende diversas especialidades médicas de excelência já reconhecidas, como a cardiologia, cirurgia geral, cirurgia

> ortopédica, cirurgia vascular, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia plástica, neurologia e neurocirurgia, otorrinolaringologia, urologia, oncologia clínica e cirurgia, entre outras, além de atender mais de um milhão de habitantes, direcionados através da 3ª Regional de Saúde, 4ª Regional de Saúde e 21ª Regional de Saúde do Paraná, através do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme contrato com o Estado (HCBJ, 2023).

Voltando aos relatos das minhas tentativas de aproximação com a história da Maternidade do Bom Jesus, sobre o momento que fui atendida pela Irmã, fiz o seguinte relato:

> Na sala que sou recebida, além da irmã, está também presente a psicóloga que participou da entrevista a que fui submetida para explicar minha pesquisa. “o que exatamente você quer aqui?” Me perguntou a Irmã. “Qual seu objeto de pesquisa?” complementou a psicóloga. “Como podemos te ajudar?” finaliza a irmã.
>
> Depois que respondi ao que me perguntaram, a irmã Margarida se demonstrou interessada em contribuir. Explicou-me sobre sua congregação: que são Servas de Maria Imaculada, um grupo fundado em 1892, na Ucrânia. Que as congregadas trabalham em escolas, hospitais, ou onde for necessário. Ainda me explica que o Hospital Bom Jesus foi fundado com a ideia inicial de oferecer ajuda aos membros da comunidade Ucraniana, imigrantes e descendentes, que precisavam de um hospital para atender a saúde de suas famílias.
>
> Adentrando ao meu tema, ela lamenta que não tem mais ninguém aqui que trabalhou na maternidade. Cita alguns nomes de irmãs que estão aposentadas, em casas de idosas em outras cidades. Mas se dispõe a verificar quais delas poderiam me contar um pouco sobre suas vivências. (Observação 5 - Hospital Bom Jesus, 2022).

Esse nosso “passeio” nos lugares de parto de Ponta Grossa não foi capaz, e tem pretensão de apresentar comprovadas verdades em relação à datas, medidas, nomes de diretores ou capacidade de atendimento das maternidades que já existiram. Nem sequer pudemos nomear todos os lugares de parto que já pertenceram à cidade. No entanto, olhar para esses lugares nos faz sentir que a história do parto tem materialidade. Conforme Milton Santos, a noção de espaço parece fundamental para chegarmos à história da cidade (Santos, 2006, p. 34).

As fontes e reflexões apresentadas nesse trecho, contribuem para o atendimento do objetivo de conhecer os lugares de parto da cidade, mostram de antemão vários assuntos importantes para serem aprofundados. Parece-me que cada instituição vem contribuindo com um aspecto, apesar de todas se relacionarem na maioria delas. E assim, esse trabalho segue compreendendo as malhas históricas que estamos chamando de “adensadas no HUMAI”.

CAPÍTULO 2 – CENAS CULTURAIS E POLÍTICAS DE PARTO EM PONTA GROSSA - PR

Para promover o que se objetiva neste capítulo, trataremos das histórias de “antes-tempo”, que são as histórias das parteiras tradicionais, cujo modo de cuidado está supostamente superado em nossa região. Ao tratar nos “novos tempos” falaremos da força empregada para o estabelecimento do parto hospitalar, e por último trataremos sobre o parto em casa, um assunto silenciado, porém persistente.

2.1 HISTÓRIAS DE PARTO DE “ANTES-TEMPO”: PRÁTICAS TRADICIONAIS E AS MEMÓRIAS DE PARTEIRAS DE PONTA GROSSA.

“Antes-Tempo" é uma expressão usada por ponta-grossenses, especialmente nas áreas rurais, para introduzir um causo sobre algo que foi comum. Quando alguém começa uma história com “antes-tempo”, está anunciando ao ouvinte que irá comunicar algo que não vê mais acontecendo. Assim, começamos aqui a nos aproximar do objetivo de ouvir sobre o que estamos chamando de modos tradicionais de cuidar do parto em Ponta Grossa. Práticas essas que perduraram de modo concomitante à hospitalização do parto. Parir em casa, com a parteira, era a única alternativa para a maioria das mulheres, mesmo depois do advento do parto hospitalar. Dentre vários motivos para a demora da popularização do parto hospitalar, podemos pensar sobre o acesso ao mesmo, uma vez que o sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social. Quem não tinha dinheiro dependia da caridade e da filantropia.

Segundo LeisterI e Riesco (2013), no ano de 1967 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), momento da expansão da assistência hospitalar e de grande aumento de empresas de saúde. Ainda segundo as autoras, o sistema operava com três componentes: “privado; seguridade social para empregados regulares; subvenção do poder público (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais) a instituições de caridade para os mais pobres” (LeisterI; Riesco, 2013 p.167).

Partindo dessas breves considerações, pretendemos compreender um pouco mais sobre as experiências de parir em casa, assistidas pela parteira da comunidade, cujos conhecimentos sobre parto nunca passaram por formações técnicas-

profissionais, mas foram herdadas. A trajetória de duas parteiras de Itaiacoca, distrito rural de Ponta Grossa, irão nos guiar nesse “passeio” sobre a realidade do cuidado em casa. Itaiacoca, a área rural de onde advém essas memórias, não foi escolhida de propósito, apesar de ser o lugar onde nasci e cresci, e desse modo conhecer as parteiras. Mas o encontro dessas parteiras, que vivem com memórias ativas sobre essa modalidade de cuidado marca a transição do parto para o hospital, que ocorreu mais tardiamente nas áreas mais afastadas da cidade.

Dona Cândida e Dona Helena são duas mulheres que demonstraram modos de vida intensamente relacionados ao partejar. Não são modos de cuidados oficialmente em uso. No entanto, o que nos contam são práticas que constituem o universo do parto e nascimento muito presentes nessa realidade. A impossibilidade de separação entre os aspectos do corpo e da espiritualidade, das crenças que movem os cuidados ritualizados realizados pelas parteiras tradicionais, como as simpatias, orações, massagens e ervas, tem resquícios de identificáveis na maternidade do HUMAI. Por isso, ouvi-las para esse estudo não significa apenas descrever uma prática superada, mas reconhecer aspectos da história viva e atuante que, apesar de tantos movimentos de silenciamento, permanecem.

O termo “parteira tradicional” para referir a essas duas mulheres é uma escolha de pesquisa. As mesmas não se conceituam dessa maneira, e sim parteiras e benzedeiras. No entanto, a escolha em chamá-las aqui de parteiras tradicionais vem de saber que tal denominação encontra-se definida nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, e é atribuída a parteiras índias, não índias e quilombolas que atuam na assistência ao parto domiciliar, com base em saberes e práticas tradicionais, tendo o reconhecimento da sua comunidade (Gusman *et al.*, 2015).

Outra associação com o termo, é porque considero que ambas parteiras entrevistadas cuidavam dos partos de modo muito envolto em solidariedade, dom, compadrio, religiosidade e afeto. E assim como o trabalho das parteiras tradicionais, o trabalho desenvolvido por Dona Cândida e Dona Helena foi especialmente importante em uma localidade distante de centros urbanos, que mesmo após a popularização do parto hospitalar, manteve a prática do parto assistido em casa.

A expressão do sagrado, através da fé, das orações, dos benzimentos e das crenças religiosas são aspectos recorrentemente presentes no modo de cuidado do parto em casa das parteiras tradicionais. Thayane Cazallas do Nascimento (2016), em sua tese de Doutorado, traz questões relacionadas à espiritualidade na condução dos

partos na parteria tradicional. A autora em seu estudo mostra um cuidado vinculado aos seus saberes e feitos de uma cosmovisão em que a espiritualidade é a centralidade e justifica o trabalho da parteira tradicional. Segundo Nascimento (2023, p 2016):

> A espiritualidade como um destes traços pertencentes ao que consideram o sagrado, os processos de cura do corpo físico, e a do corpo sutil (espírito), também está presente na condução de olhar e ouvir as mulheres gestantes, a parteria espiritual considera o ser como sagrado, a mulher que pare e o seu processo de gestação é singular e cada caso é um caso, e a criança que vem ao mundo precisa ser recebida no tempo em que ela está pronta, e é aí que se compreende a ideia de um sagrado feminino.

A presença dos aspectos espirituais no cuidado ao parto não é exclusiva das parteiras tradicionais, mas entre estas mostra-se sem ressalvas e disfarces. As memórias e práticas das duas parteiras cujas trajetórias são apresentadas nesse estudo, vêm repletas de expressões da relação com o sagrado e a espiritualidade. Vejamos o trecho de observação que antecedeu a própria gravação da entrevista com Dona Cândida:

> Antes de gravar, ela me levou para revisitar as imagens de santos do altar que ostenta na sala. Ela me explica a função de cada um deles, e me observa. Olho atenta e me interesso pelo que me explica. “Essa é nossa Senhora da Cabeça, que ajuda nos estudo. Esse Divininho ganhei quando ainda era criança. E essa é Nossa Senhora do Bom Parto, que eu carregava quando ia cuidar das muié na casa”. Sinto que mais que simplesmente me mostrar esse altar, que eu já conhecia, Dona Cândida estava ritualizando um pedido de bênçãos ou proteção para o trabalho de memória que seguiria (Observação que antecedeu entrevista com Maria Cândida, 2022).

Os partos em casa em Itaiacoca, por costume ou necessidade, já não são uma realidade. Atualmente as mulheres vão para cidade para parir no hospital, e são acompanhadas no pré-natal nas Unidades de Saúde do SUS. Mas há menos de 35 anos, neste lugar, muitos partos ainda aconteciam em casa e eram acompanhados por Dona Cândida. Quando esta foi convidada a me contar sobre sua experiência como parteira, ela aceitou com gosto, me recebeu com café, bolacha, e antes de tudo, ritualizou nosso trabalho. O convite que antecedeu a gravação da entrevista, para olhar os Santos do seu altar, são demonstrações do atrelamento entre espiritualidade e condução de partos, que combina com o trazido por Nascimento (2023) sobre o lugar central da espiritualidade no modo de cuidado das parteiras tradicionais.

Ainda sobre esse assunto, podemos olhar para o que Dona Cândida aponta como motivo que originou o que chama de sua missão como parteira. Apesar de nos contar ser filha de parteira e ter acompanhado a mãe em seus trabalhos, Dona

Cândida atribui seu início a assistência aos partos a uma cura que recebeu e precisava retribuir:

> De primeiro, eu comecei a cuidar das mulher, porque eu fiquei paralítica quando eu ganhei uma criança. Depois que eu sarei que eu comecei a cuidar das muié. Como diz o causo: me deram dor, eu tirei dor. Era isso que eu queria fazer: tirar a dor das muié. Foi uma coisa que foi muito assim… sensível pra gente sabe?
>
> Eu saí paralítica de lá. Era problema de parto… (silêncio) era mandinga que fizeram pra mim morrer do parto sabe. Daí eu saí paralítica e fiquei dois anos. Depois de dois anos que daí que eu fui sarar, que daí que eu fui fazer parto das mulher. Esse filho tem hoje 45 anos (Maria Candida, 2022).

No momento da entrevista, Dona Cândida, com 82 anos, nos apresenta algumas interpretações sobre sua motivação para assumir o papel de parteira. Ao atribuir seu problema de parto à mandinga que recebera e que a deixara dois anos paralítica. Esse parto, que foi sua única experiência hospitalar, foi o divisor de águas para que assumisse a tarefa que havia sido de sua mãe. Ainda sobre essa experiência ela conta:

> Eu tive nove. Tudo em casa. Só do Edenilson que eu fui pro hospital, porque nós morava muito longe de gente, no meio do mato, daí fui obrigada a ir pro hospital, se não eu não ia. Mas se eu não fosse também eu morria (risos), por causa que ele parou, começou a nascer e parou. Parecia só o queixo de gente. No mais parecia uma panela de preto (aponta para panela de ferro). Por causa disso ele não tem uma vista. Quebraram um lado, tiraram a ferro. Eu fui anestesiada na perna. Foi um parto muito difícil. Mas era dois minutos ele ia nascer, mas daí eu… (silêncio), como dizem feitiço existe sim, não dá pra facilitar. Depois que eu fui descobrir, quando um compadre meu me curou (Maria Candida, 2022).

Nossa entrevistada entende que o fato de ter sido assistida no hospital lhe proporcionou viver, mesmo após o feitiço que sofreu, que tinha como objetivo que morresse de parto. Entendendo-se salva pelo hospital, e depois curada pelo compadre que a livrou do feitiço, Dona Cândida revela nas entrelinhas que reconhecia-se capaz de cuidar das mulheres no parto, mas que no entanto não aplicava esse cuidado. Depois que sarou não exitou em pôr em prática aquilo que já havia aprendido pela observação de sua mãe, a famosa (na comunidade) parteira Dona Maria Anúncia.

Para criar mais sentidos ao que Dona Cândida nos conta, podemos recorrer a Mauss (2003), que apresenta a ideia comum nas comunidades, de que a capacidade ou habilidade das parteiras está necessariamente conectada a um dom. Em muitos aspectos, receber esse dom vem também carregado de responsabilidades com a

comunidade, uma vez que o dom expressa a existência de uma ligação especial entre sua portadora e aquele que o concede.

A outra parteira que nesse estudo optamos denominar de parteira tradicional, Dona Helena, cuja trajetória foi representada pelas memórias de sua filha Dércia, também apresenta fortes relações com o sagrado, e sua capacidade de práticas de cura e de cuidado de parto está também intimamente relacionado ao que se compreende por dom. Sobre Dona Helena, sua filha nos conta:

> O que eu sei da mãe é que ela começou em torno dos 20 anos, quando ela casou. A mãe dela, a minha avó, era parteira, e a saga da minha avó era muito parecida com a da minha mãe: ela também saía, ficava alguns dias fora de casa, ia montada em cavalo. Como a mãe tinha orientação da mãe dela, a mãe começou a atender os vizinhos do bairro. Porque quando você faz um parto eles acreditam que pelo menos o medo você não tem. E assim a mãe diz, que a partir do segundo parto ela tava famosa no bairro, já era procurada. Porque não é comum, não é todo mundo que se atreve. E daí a mãe começou assim: fazendo parto no bairro, a notícia já se espalhou e com isso ela começou a sair pra mais longe.
>
> Eu acho que ela pegou como uma missão. Ela ia longe, no meio do mato. Quem tinha uma condição melhor não chamava ela. Ela ia atender só bem humilde mesmo, que às vezes não tinha nem cama.
>
> Ela disse que era uma alegria a hora que pegava, que nascia o nenê. Ela gostava daquilo, toda vida ela adorava fazer isso, é um dom da pessoa mesmo (Dércia, 2022).

A herança do ofício de parteira, de mãe para filha, aparece mais uma vez entre as experiências narradas nesta comunidade rural e demonstra carências que demandam alguém que saiba o que fazer em certas situações. Tal necessidade perpassa gerações, e são demonstradas ao que Dércia compreende como repetição da saga. Neste contexto, o dom que faz a parteira, é o mesmo que a faz capaz de resolver os mais inusitados problemas:

> Mas nossa, era assim: uma verruga, ela sabia! E ela não sabia só um jeito de tentar na verruga, ela sabia uma lista de coisas. Dor de cabeça: e porque é tua dor de cabeça? Tua dor de cabeça pode ser isso, isso, ou aquilo.
>
> Mas não era por achologia. O conhecimento dela era muito vasto. E a gente viveu muito isso.
>
> A mãe lidava com umas coisas tipo exorcismo. Sério mesmo Lucimara! Mas eu lembro que essas coisas demoníacas, coisas que as pessoas pegam, é verdade, sabe! Não devemos duvidar. Mas eu lembro que chegava gente lá em casa, que a gente via! A pessoa ia e a mãe ia, ia, ia. Às vezes demorava uma hora e pouco e quando a mãe conseguia expulsar aquilo ali a pessoa voltava numa soneira, e dizia: ‘ah to aqui na dona Helena’. Era incrível menina! (Dércia, 2022).

O que Dércia rememora, podemos buscar analisar relacionado à luz de um conceito de religiosidade popular. Segundo Costa (2014), uma experiência religiosa fora de uma religião é a manifestação interna das comunidades que é colocada em evidência por expressões culturais. Isso significa dizer que são experiências humanas.

> O popular é aquele não ordenado, não funcionário-do-sagrado, mas que vive intensamente as ideias religiosas e com isso torna suas práticas comuns ao meio da comunidade. Ele não precisa de autorização ou mesmo de uma insígnia para que sua autoridade seja reconhecida perante sua comunidade. É visto nessa prática seu valor utilitário e prático. Existe uma prestação de serviços locais que integram essas práticas à vida do povo. Seu imaginário parte da premissa que existe um criador de tudo e todos e que a existência se dá em função de alguma coisa, ou seja, que ela faz sentido (Costa, 2014, p 02).

Pensando no valor prático de se ter uma Parteira Benzedeira em uma comunidade, podemos ampliar nossa leitura para além dos dons e da relação com o sagrado, elementos fortes da constituição desse tipo de cuidado. A materialização desse cuidado, revela uma organização social e política de funcionamento interno dos grupos que constituem uma cidade, que não é igual em acessos, e cujas modernizações científicas e institucionais não atingem de modo homogêneo. A memória de Dércia sobre sua casa de infância nos faz pensar sobre as condições materiais das comunidades periféricas e rurais:

> A casa era cheia. Depois das oito horas ia chegando gente. E era aquela coisa, ia gente carente, e a mãe de dó dava o café quando chegavam. Erva de chimarrão tinha que ter de tonelada (risos). Daí almoçavam, tinha gente que ia de noite embora. Ficavam o dia inteiro lá em casa, era sei lá, uma associação comunitária (Dércia, 2022).

Outros trechos mostram também sobre condições sociais das famílias cuidadas por Dona Helena:

> As casas que a mãe atendia eram como casas de barraco de favela: era muito pobre. Uma vez a gente foi num buracão, acho que era no Burro Velho. E a mãe nunca ia embora, ai! e a gente com saudade de casa sabe, fazia uma semana lá.
>
> Outra vez a gente foi em uma casa pra fazer parto, e tinha muita pulga na cama. E a Dila chorava alto e falava ‘tem pulga nessa cama’, e a mãe ficava ‘psssiuu!’. Era sofrido! Risos.
>
> Tinha situação que a mãe tinha que dizer não, mas ela não dizia, e levou o Agnaldo de colo junto. Você acredita que quando a mãe veio do quarto pra fazer mama, o marido da mulher tava roubando o leite da sacola? Roubando dela! (Dercia, 2022).

Tanto Dona Cândida como Dona Helena vieram de realidades sociais de pobreza e de inacessibilidade de políticas públicas. Suas trajetórias, especialmente quando mais jovens, muito se assemelhava às condições sociais das famílias cuidadas por elas:

> Vivimo a vida inteira, e eu eu ganhei tudo meus fio em paiol de capim, rodeado de samambaia e uvaranero. Amarrados vários assim e prensado pra tampar das réstias (Maria Candida, 2022).

> A mãe teve quatorze filhos. Todos em casa. Seis morreram de pobreza como diz ela. Adoeceram. Eu tenho um irmão que o nome dele é Lourival. Ele era três anos mais novo que eu. Ele era um dos únicos que tinha chupeta. O pai era alcoólatra. Meu irmão rasgou a chupeta, e o pai não quis ir comprar outra, e era longe da bodega. Ele não foi e esse meu irmão adoeceu por causa da chupeta e faleceu. Ele tinha uns três aninhos e era amoroso amoroso (Dércia, 2022).

> Ela sofria muito com a morte dos filhos dela, porque eles morriam grandes: já sabiam falar. De quatorze ela criou oito. Era bem pobrezinha. Então pra ela, ela não ligava de ir nesses lugares bem humildes, porque ela veio dessa pobreza (Dércia, 2022).

Segundo informações do site oficial da Prefeitura de Ponta Grossa, em 1980, para cada grupo de mil crianças nascidas vivas, 61 morriam. Cinco anos depois, esse número baixou para 47, caindo para 44 em 1990. De lá para cá, continuou decrescendo. Considerando isso podemos fazer uma breve reflexão sobre como as condições sociais das populações rurais e periféricas, justificam os altos números de óbitos neonatais e infantis, e também explicam a permanência do trabalho das das parteiras benzedeiras, mesmo de modo concomitante à hospitalização do parto, uma vez que este não era um serviço alcançável por todas as mulheres. As práticas solidárias entre mulheres pobres continuou sendo uma necessidade.

Diante desse contexto, podemos conhecer sobre como eram prestados os cuidados, construídos a partir das experiências herdadas e recursos disponíveis. Ambas entrevistas nos revelam métodos de cuidados relacionados à ervas, orações, massagens e técnicas que foram apreendidas pela oralidade:

> O meu sistema era remédio de casa… nem tudo o médico vai acreditar. E eu fazia puxado nas muié, fazia bafo, arrodiava com o cobertor e ponhava um penico com bafo de artimige, um pouco de álcool, um pouco de sal… bem morna… aquilo dava contração, e elas se abriam, dava aquela força medonha e elas conseguiam!

> Você pode mexer com a barriga da mulher tremendinho do lado, tremendo. Não acarcar. Eu fazia assim: tremedinho, né, ia fazendo cócega na criança e eles iam deixando o útero. É assim! Não é carcar com o cotovelo, porque

> talvez machuque a criança. A gente tem que ter carinho com as crianças e fazer oração.
>
> Da hora de ganhar elas achavam que iam quase morrer. Daí eu dava coragem: levantava o rosto assim e dizia: tem que ter coragem! Porque isso aí é normal, ele dói mas não é muito. Dava coragem pras muié, e não deixar respirar aaaahhhh.
>
> Depois que eles nascem, pra ganhar a placenta, não carece pegar la dentro. Você faz a massagem na barriga e fala pra santa Margarida: 'Santa Margarida, que tire essa carne morta que essa mulher tem na barriga'.
>
> Meu sistema de cortar o imbigo das criança era assim: três dedo pra cima da barriga e amarrava ali. Depois do amarratil, dois dedo mais pra cima do amarratil daí que eu ia cortar. Daí queimava com uma colher aquentada na brasa, pra ele não sangrar (Maria Cândida, 2022).

Dona Cândida começa anunciando um lugar restrito para aplicação de seus saberes, e de antemão reconhece que nem tudo o médico vai acreditar. Apesar disso, sua narrativa vai reproduzindo de modo subjetivo a aplicação de seus conhecimentos. Sua técnica própria de cortar o umbigo, a formas de virar a criança ainda na barriga e assim colocar no lugar certo para nascer, são questões integradas à prática e à cultura e variam ao longo do tempo. Dona Cândida atuava conforme uma herança tradicional, mas seu fazer ocorria em período concomitante à hospitalização do parto. Nessa mesma perspectiva, Dercia conta:

> E a mãe sempre teve a sacolinha dela com ervas já prontas, algumas ervas que ela usava seca mesmo. A sacolinha dela tinha aquele cheiro de alecrim, noz moscada. Eu lembro daquele cheirinho da sacola dela. E tinha macinhos de oração. Ela levava oração, que ela fazia, se apegava, decerto quando se apurava né, fazia as orações dela.
>
> Eu lembro que ela ficava muito enquartada com a mulher. Ela não ia lá ficar na cozinha. Ela ficava dentro do quarto cuidando da mulher mesmo. Até nascer a criança era chá e banho.
>
> A mãe ficava: traz tal coisa, traz uma bacia com água quente, me dá um lençol, me dá uma toalha branca. E a mãe ficava pedindo um monte de coisa. Porque nessa hora a coisa não acontece assim fluída, demora! (Dércia, 2022).

Nos trechos da narrativa de Dércia sobre o que lembra a respeito dos modos das técnicas utilizadas por sua mãe no cuidado do parto, um outro aspecto pode ser destacado, que é a relação com o tempo do parto. O tempo de um parto pode variar, e quando Dércia diz que "nessa hora a coisa não acontece assim fluída, demora!", ela está reconhecendo uma natural aceitação do tempo necessário para o nascimento. Enquanto o parto acontece, a parteira tradicional poderia assistir com orações, chás, massagens e escalda-pés. Podemos perceber uma relação desprovida de intenção

de antecipar um processo natural. “Não carece acarcar a barriga”, diz Dona Cândida, em tom de crítica à manobra de Kristeller. “Pode fazer cócegas, tremendinho, e eles iam deixando o útero”. Segundo Luna Maia Maia, em sua dissertação que abordou o tema das parteiras e sua relação com a espiritualidade:

> Outro fator reconhecido e respeitado pelas parteiras é o tempo de espera para a criança nascer, fato que pode se estender por muitas horas ou por dias. Vale salientar que este é também um grande diferencial no trabalho da parteira, visto que no sistema capitalista, o tempo assume um valor, um preço, um custo e por este tempo comercial, alguns partos hospitalares terminam sendo acelerados artificialmente (Maia, 2013, p. 84).

A associação entre rapidez e segurança do parto é conceito posterior à temporalidade criadora do modo de cuidado das parteiras tradicionais. Emily Martin em sua obra “A mulher no corpo” (1987) apresenta uma ideia de que o parto como um trabalho mecânico, combina com a sociedade capitalista industrial, que foi a criadora da necessidade da rapidez e da produtividade. Na metáfora médica sobre o parto, apresentada pela autora, o útero é visto como um instrumento de produção e o parto um trabalho mecânico a ser monitorado. E o trabalho obstétrico é descrito como condutor do processo fabril de produzir bebês perfeitos. Este mecanismo aumenta o número de intervenções durante o trabalho de parto. Essa lógica não parece combinar com as práticas rememoradas pelas parteiras entrevistadas, que não apresentam preocupação com o tempo de espera. Segundo Douglas (1996), a seleção do que se considera perigo e as estratégias para enfrentá-lo são construídas socialmente. Avaliações sobre risco são políticas, morais, éticas e estruturais.

A institucionalização do parto é tratada como uma resposta para os riscos do parto em casa. Dércia conta que o último parto realizado por Dona Helena ocorreu há aproximadamente 35 anos. Esse feito foi por desejo da mulher, que não queria ir para a cidade. Após a chegada da tecnologia, e a popularização do parto hospitalar na história da cidade, um outro efeito passou a ser sentido em relação às parteiras tradicionais, que é o desacreditamento e a criminalização das práticas do cuidado dos partos em casa.

O historiador Niltonci Chaves, em sua obra “Medicina em Ponta Grossa” (2007) apresenta o contexto do desenvolvimento da incorporação da saúde materno-infantil e o planejamento familiar nas preocupações discutidas pela associação médica da cidade, na década de 1950. Houve uma propaganda para tratar do convencimento das mulheres sobre as vantagens do parto hospitalar. Podemos encontrar fontes

dessa preocupação, manifestadas na fonte que segue, uma nota do Doutor Lauro Justus, médico especialista em partos e moléstias de senhoras:

> A questão da assistência ao parto em estabelecimento hospitalar está, em Ponta Grossa, ainda na fase embrionária. As mulheres, pobres ou ricas, não se convenceram das vantagens de terem, seus filhos em maternidade; adotam, em quase que em sua absoluta maioria, o hábito antiquado do parto a domicílio (Lauro Justus, Diário dos Campos. 20 de dezembro de 1953)

Ainda segundo Chaves (2007) entre as estratégias de propaganda e orientação, também agregou-se o combate ao trabalho das parteiras sem formação. Esse movimento médico que é possível identificar na década de 1950 nas fontes históricas de Ponta Grossa, no entanto, tem raízes históricas muito mais antigas. Segundo Mesquita (2014), a República em seu primeiro código penal de 1890 introduziu artigos para a regulamentação da prática ilegal da medicina, para contrapor-se a prática da magia e do espiritismo e curandeirismo. A partir da criminalização das práticas de cura populares, as parteiras foram atingidas, ficando, em alguns casos, condicionadas a possuir licença para atuarem. Apesar da distância temporal entre o que foi tratado na Primeira República e o que se apresenta no cenário ponta-grossense, podemos encontrar algumas semelhanças quando apreciamos memórias de Dona Cândida:

> Eu não quis fazer a entrevista porque tinha que aprender a aplicar injeção, fazer carteira… então por isso eu desisti de cuidar mais das muié. Essa entrevista, o Doutor Dante, ele queria fazer entrevista comigo por causa de todos nenê que nasceram aqui eu cuidava. E eles iam levar lá pra ele vê, com cinco dia. Daí tudo ele empurrava os nenê, porque tinham saúde pra dar. Depois eu parei porque tinha que fazer carteira. Tinha que aprender a aplicar injeção. A gente não tinha estudo. Eu me empreguei com nove anos, não tive tempo de estudar. Estudei só a cartilha que era da galinha choca que tinha que fazer as contas dos pintinhos. Só (Maria Cândida, 2022).

Doutor Dante, referido por Dona Cândida, foi médico que trabalhou na Unidade de Saúde de Itaiacoca, a partir da década de 1970. Pelo que se pode compreender do relato da parteira, o médico considerou a possibilidade de regulamentar o trabalho das parteiras da região através de instruções. Quando perguntei novamente sobre que entrevista para carteira ela se referia, ela me explicou que para ter a carteira que a habilitaria para cuidar dos partos, seria necessário o estudo que ela não tinha. Esse mesmo assunto é abordado por Dércia, quando faz referência ao Doutor Dante e às instruções para as parteiras:

> Eu sei que a mãe pegou, fez mais de dois mil partos. Foi feito um levantamento, pela idade, quantos mais ou menos ela fazia por ano, e se

> chegou nesse número. Fez amizade com o Doutor Dante. Ela até tentou instruir ele, porque ele ficou anos ali no posto, compartilharam parto juntos. Muitos deles faziam assim: esses últimos partos, porque quando o doutor Dante veio trabalhar ali já era hábito levar no hospital. Só que acontecia mesmo assim em alguns casos, quando estavam passando pelo bairro, a mulher já estava dando a luz e a mãe era a salvação. Uma vez eu lembro que o doutor Dante e a mãe fizeram lá no meio da samambaia o parto. O doutor Dante pediu a instrução da mãe. Ele era um curioso, eu lembro que ele achava bonito a mãe fazer aquilo né… risos (Dércia, 2022).

As relações de poder, políticas e de cooperação entre médicos, parteiras tradicionais, enfermeiras, e parteiras hospitalares são atravessadas por múltiplas facetas e representam um dos motores de tensionamento das disputas sobre o cuidado do parto. Nas cenas de parto de Ponta Grossa, essas disputas ficam evidenciadas no momento que se buscava o incremento na frequência hospitalar da gestante. Para que isso acontecesse foi necessário que alguns impedimentos sociais fossem superados, e portanto a hospitalização do parto ocorreu de modo paulatino. Sobre isso, Dércia nos conta:

> Ela só parou de fazer parto quando chegou a tecnologia, e quando as estradas foram melhoradas. Quando chegou asfalto, nessa época acabou. E as pessoas foram achando chato, porque não tinha mais necessidade. E logo as pessoas começaram a adquirir carro. Nessa fase que a mãe cuidava as pessoas não tinham carro. Depois quando chegou um pouquinho mais a tecnologia que daí foi parando. Antes tinham algumas que já vinham pra cidade (Dércia, 2022).

Nos dias atuais, o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais continua sendo associado à falta de recursos econômicos e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. O Ministério da Saúde, no documento Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais (2010), apresenta diretrizes e ações que restringem-se à capacitação de parteiras tradicionais, entre elas as parteiras indígenas e quilombolas. Dados apresentados neste mesmo documento indicam que há maior ocorrência de partos domiciliares na região Norte, onde há moradias isoladas e dificuldades em fixar profissionais de saúde.

As parteiras/benzedeiras que aqui convencionamos chamar de parteiras tradicionais foram convidadas a construir as memórias que embasam esse trabalho, porque são mulheres que postergaram o fim dessa atividade para além da popularização do parto hospitalar em Ponta Grossa. Como atuavam em uma região de difícil acesso, estiveram presentes nessa transição por mais tempo, e não estavam, na maioria das vezes, atendendo um desejo da mulher em parir em casa, mas uma necessidade pelas próprias condições sociais adversas à sua chegada até a

maternidade. E assim fizeram enquanto foi necessário. As práticas de "antes-tempo" se mantiveram até quando as famílias rurais conseguiram acessar as formas convencionadas como pertinentes aos "novos tempos" que marcam a emergência e constituição do parto hospitalar, como um novo modelo de assistência ao parto.

2.2 CENAS DA EMERGÊNCIA E PERMANÊNCIA DO PARTO HOSPITALAR

"O lugar mais seguro para dar a luz é o hospital". Essa premissa, em Ponta Grossa, encontrou força e materialidade na década de 1950, quando a Associação Médica de Ponta Grossa começou uma ampla campanha de divulgação para que as mulheres da cidade pudessem ter seus filhos dentro de uma instituição hospitalar. A fonte abaixo, retirada da obra "Medicina em Ponta Grossa - Histórias da Associação Médica" é um excerto do Jornal Diário dos Campos, de Ponta Grossa, cujas páginas continham intensas propagandas das maternidades, que prometiam um grande incremento na cidade para atender tanto particulares quanto gratuitos (Chaves, 2007).

Figura 13 - Propaganda da Maternidade Santana de 1954



Fonte: Diário dos Campos. 20 de dezembro de 1954 *apud* Chaves, 2007 p. 61.

A fonte demonstra o uso de uma comunicação fortemente relacionada com as vantagens que as modernas tecnologias poderiam oferecer durante o parto, tanto para mulheres quanto para os bebês. A intenção era de orientar e estimular as mulheres a

buscarem pelos serviços da Maternidade Sant'Ana, e dessa forma combater a ação das parteiras sem formação. Além dessas propagandas, uma coluna, no mesmo Jornal, foi criada pela Associação de Proteção à Maternidade e à Infância. Nessa coluna, Doutor Lauro Justus foi um importante autor de conselhos às mães e reflexões sobre a criação das crianças:

> Toda criança que vem ao mundo traz uma centelha divina e não é lícito aos responsáveis por esta nova vida, aos pais ou sociedade, abandoná-la; é seu dever propiciar ao que nasceu todos os meios materiais e afetivos para que o novo homem se desenvolva eugenicamente, para que seu espírito e seu corpo recebam os suprimentos necessários para prepará-los para os cruentos embates da vida e se o não cumprimento desse dever já é abominável quando nos referimos a uma criança nascida, mais abominável ainda quando consideramos a criança ainda por nascer. É essa, sem dúvida, a fase mais importante da vida humana, a fase da vida em embrião; esse é o tempo em que se pode prevenir males, em que se pode criar alicerces de vidas a serem vividas com galhardia, de vidas cheias e não vidas fanadas (Lauro Justus, 1953 *apud* Chaves, 2007).

Esse foi um forte modelo do que se divulgou do discurso médico da cidade, que passava pela higiene do pré-natal, e que apresentou força para emergência e estabelecimento do parto hospitalar.

Podemos verificar pelas fontes aqui apresentadas, que o controle pretendido, ao se convencer mulheres ricas e pobres de que o hábito de terem seus filhos em casa era antiquado, e que deveriam tê-los nos hospitais esteve, na história de Ponta Grossa, vinculado à perigosas ideias de controle populacional, higienismo melhoramento racial. Mesmo essas ideias sendo consideradas ultrapassadas, encontraram espaço de repercussão e apoio.

Para buscar um contexto mais amplo que nos auxilie compreender a história dos hospitais que precederam a instituição como a conhecemos, podemos examinar a obra do historiador Roy Porter, no livro "Das tripas coração" (2004), que apresenta as transformações dos hospitais, que se caracterizavam inicialmente como um refúgio de doentes e convalescentes, e se tornaram um espaço de manifestação de poder da elite médica. Nas palavras de Porter:

> O hospital de hoje está para a medicina como a catedral para a religião e o palácio para a monarquia. É o coração da empresa, o local em que a medicina é praticada no que ela tem de mais avançado, especializado, inovador e complexo - e caro! No mundo desenvolvido, os hospitais ficam com a fatia do leão do orçamento de saúde. E as instituições a respeito das quais se travam as batalhas da política médica e da economia: os hospitais estão sempre no noticiário. A história dos hospitais vem carregada de transformações acerca de suas finalidades (Porter, 2004, p 165).

Se na atualidade os hospitais são, como descritos por Porter, lugares da prática mais avançada da medicina, em outros tempos (séculos medievais) foi também a representação do lugar de assistência, convalescença e caridade voltada aos pobres. Considerados portais da morte, geraram muito medo e desconfiança, especialmente por serem considerados lugares assolados por infecções. Porter traz ainda, em sua “breve história da medicina”, que o hospital oitocentista se transformou em um lugar em que a doença poderia ser exibida aos estudantes, e os necrotérios, um lugar perfeito para preparar estudantes e realizar pesquisas, pois, sendo casos de caridade, os pacientes não poderiam reclamar (Porter, 2004).

A história cultural, como já apresentada anteriormente, é voltada para dar enfoque para as relações cotidianas, na vida ordinária, e portanto, ocupa-se em narrar a história de pessoas comuns e o dia-a-dia dos lugares. É nessa cadência que propomos olhar para dentro de hospitais, atuais e antigos, de acordo com o que estamos chamando de emergência e permanência do parto hospitalar. Vamos convocar as fontes orais e documentais que nos revelam sobre normas, rotinas e funcionamentos de hospitais de Ponta Grossa no atendimento aos partos. Uma delas é a entrevista com Margarida. Ela foi atendente de enfermagem, em 1985, na maternidade do Hospital Vicentino. Em uma conversa que antecedeu a gravação, Margarida me confessa que, do dia que pedi a entrevista até aquele momento, lembrou de “muitas coisas que nunca tinha contado para ninguém". E assim a entrevista se seguiu:

> Foi em 1985, em janeiro, que eu comecei a trabalhar no Vicentino. Na época trabalhei quase dois anos, praticamente todo tempo na ala cirúrgica e maternidade, que eram no mesmo pavilhão. Era tudo no mesmo piso. Tinham os apartamentos e as enfermarias, normalmente com oito, dez leitos. Um alojamento conjunto.
>
> Especificamente da maternidade eu lembro que tinham duas enfermarias assim, grandes. E separado tinham os apartamentos para convênios e particulares, que eram separados. Na época não era SUS, era internado pelo INPS, particulares e N/C, não conveniados (Margarida, 2022).

Não é difícil supor a dificuldade em se prestar uma assistência que oferecesse o mínimo de individualidade, considerando o grande número de pacientes e o pequeno número de profissionais. Retomando Chacham (2006), percebemos que o mesmo processo da institucionalização do parto, que foi responsável pelo rápido aumento no uso de tecnologias para regular e monitorar o parto, também faz com que

o hospital se torne grande e movimentado demais para garantir a individualização das demandas das mulheres.

O modelo dos espaços rememorados por Margarida, com grandes alojamentos de oito a dez leitos, também aparecem nos relatos referentes a outros hospitais da época, nos dando a compreensão de que as acomodações coletivas eram comuns, especialmente para os “não pagantes”. Na mesma lógica Amélia nos conta:

> E naquele tempo eu pegava aquela enfermaria que chegava até a 12 mulheres em trabalho de parto, e eu sozinha… eu Deus e Nossa Senhora e mais ninguém… Então você aprende na paulada. Ou você aprende ou você não aprende! (Amélia, 2024).

Em termos de experiências sobre o cotidiano das primeiras maternidades de Ponta Grossa, podemos destacar também a trajetória de Amélia. Ela, que é auxiliar de enfermagem e parteira aposentada, nos presenteou com relatos impressionantes sobre as práticas de assistência ao parto e sobre a relação com médicos, enfermeiras, religiosas e parturientes, nos permitindo um adentrar de modo muito detalhado nas memórias que construiu para esse trabalho. “Eu comecei em 1971 e me aposentei em 2018”. “Eu conciliei um tempo entre a Maternidade Santana e Santa Casa, depois, maternidade Santana e Evangélico e continuei sempre trabalhando com os mesmos médicos” (Amélia, 2024).

Nas experiências de Margarida e Amélia, as parteiras eram portadoras de grandes responsabilidades, quando não toda a responsabilidade na assistência ao parto hospitalar. Importante ressaltar que o termo parteira aplicado ao contexto hospitalar, não pode ser confundido com as práticas das parteiras tradicionais, que atendiam em casa. Falamos agora de profissionais com uma formação dada dentro das normas hospitalares. Sobre como foi treinada no antigo Hospital Vicentino, Margarida conta:

> Quando eu fui pro hospital eu fui pedir um serviço de qualquer coisa: cozinha, lavanderia, limpeza… qualquer coisa. E a enfermeira foi com a minha cara e achou que eu tinha “talento” (risos) E ela não me falou que ia me pôr na Enfermagem.
>
> Ela só disse: você pode vim, começa segunda-feira e faz o horário de tal hora a tal hora. Era o dia inteiro, uma exploração danada em carga horária. Eu ficava de segunda a segunda praticamente o dia inteiro no hospital. Mas pra mim era meu Deus, um sonho. Eu tinha 18 anos. Eu comecei com 17 anos e precisei esperar uns meses para ser registrada.
>
> Eu cheguei pra trabalhar, e ela disse: hoje você ajuda a lavar as comadres, as bacias. Hoje você ajuda essa menina a recolher a roupa suja. Hoje não tem quem ajudar ela dar banho, você vai ajudar ela dar banho.

> Num determinado momento do dia a irmã puxava numa salinha eu e mais duas novas, e dava umas aulas, por exemplo de medicamento, o que é um antibiótico, o que é um anti-inflamatório, os tipos que se pode administrar, se via oral… De repente quando se viu eu já estava trabalhando em tudo na enfermagem, e um certo dia, ela tinha um acordo com o SENAC, e ela trouxe um diploma pra mim, dizendo que eu era atendente de enfermagem (Margarida, 2022).

O modo de instrução pela prática, em conjunto com as cargas horárias extensas identificadas na fala de Margarida, nos colocam em contato com a ideia de um trabalho ainda relacionado ao dom e à auto-doação para o cuidado. O cunho de caridade e religioso dos hospitais de Ponta Grossa estava presente em todos os serviços da época em que Margarida nos contou. Ainda é comum na cidade nos depararmos com Irmãs que trabalham frente à Enfermagem nos hospitais de origem religiosas. Sobre a relação das Irmãs de Caridade e a enfermagem, as autoras Padilha e Mancia (2005) revisitam a história da profissão, e argumentam que:

> O momento em que Florence Nightingale[14] cria a profissão de enfermagem na Inglaterra coincide com as transformações evidenciadas por Michel Foucault no ambiente hospitalar, estabelecendo o vínculo entre o saber de enfermagem e o saber médico, numa situação de subordinação, considerando que até o século XVIII quem dominava o espaço hospitalar eram as irmãs de caridade (Padilha; Mancia, 2005, p. 725).

Ainda segundo as autoras, quando o médico percebe que o hospital é um campo de poder, as irmãs de caridade cederam o espaço, mas continuaram executando um cuidar silencioso. O Hospital Vicentino de Ponta Grossa operava com Irmãs de Caridade, que eram enfermeiras parteiras. Elas executavam a assistência ao parto de início ao fim, e acionavam o médico para as prescrições e para assinar a alta, ou quando necessário atender as emergências.

> A equipe eram duas Irmãs que tinham faculdade de enfermagem, e as outras enfermeiras que trabalhavam lá eram enfermeiras igual nós: eram treinadas.
>
> Então a parteira fazia tudo: atendia a paciente, examinava e passava pra nós que éramos, digamos hoje o técnico de enfermagem, mas nós éramos atendentes de enfermagem. Elas diziam: ‘ó, vocês ficam atendendo’, davam um Pinard[15] para a gente ouvir os batimentos cardíacos de tanto em tanto tempo. E a hora que apertasse as dores era hora de chamar a parteira. E a gente fazia, e ia acompanhando essa evolução (Margarida, 2022).

14 Fundadora da Enfermagem Moderna.
15 Estetoscópio obstétrico.

A Maternidade Santana também funcionava com o trabalho de Irmãs de Caridade. Uma história que Amélia achou interessante contar, foi sobre a prática de umas das irmãs que conheceu:

> Quando eu comecei na maternidade Santana, tinha uma freira bem idosinha, ela morava naquela parte debaixo era a casa das irmãs. Essa Freira idosa era quem dobrava os panos, e ela vinha, todo santo dia, visitava todas as mamães, e para aquelas que tinham ganhado o bebê ela levava um cálice de vinho. Ela dizia que aquilo era maravilhoso. E as mães tomavam. E essa Freira era uma querida, vinha com aquele jeitinho, conversava com as mãezinhas e dava um cálice de vinho. Era muito difícil para uma mãe recusar. Depois elas saíram, e começaram a modernizar (Amélia, 2024).

O gesto diário da Irmã Religiosa, lembrado por Amélia, não condiz com as iniciativas médicas de modernização do ambiente hospitalar. No entanto, a relação entre médicos e Irmãs Parteiras são rememorados sem aspectos de conflitos, nas nossas fontes. Assim, a oferta de um cálice de vinho, que é uma referência religiosa de símbolos católicos, é recebido por todos como um cuidado aceitável e bonito.

Segundo Padilha e Mancia (2005), o cuidado dos enfermos foi uma das muitas formas de caridade adotadas pela igreja e que se conjuga à história da enfermagem, principalmente após o advento do cristianismo.

Interessada em saber mais sobre como se dava o cotidiano de cuidados de parto em uma maternidade onde conviviam irmãs religiosas, parteiras e médicos, pergunto à Margarida como as mulheres eram cuidadas na hora do parto. Ela responde:

> Dependendo da parteira, umas eram mais pacienciosas, outras menos. Um pouco por desespero. Eu acho que também entraria em desespero em ver que uma criança vai morrer. E a sensação que dá é que a mãe pode ajudar. Eu não sei até que ponto, eu acho que só quem vive um parto normal sabe dizer se isso é possível ou não. A parteira ficava em desespero: 'você tem que ajudar, tem que ajudar!' [...] aquela coisa: 'teu filho vai morrer porque você não ajuda'. Isso eu presenciei sim (Margarida, 2022).

Sobre o mesmo assunto, Amélia conta:

> Ah, era só com a perneira. Era assim: a paciente não tinha orientação nenhuma.
>
> Naquela época a gente fazia, o clister, a lavagem intestinal em todas! Cara, e era com aquela mangueirinha atômica, era horrível! Naquela época era um galãozinho de inox (risos) E ai se você não fizesse isso! Ai se a paciente fizesse cocô e o médico tivesse que te auxiliar em alguma coisa! Você não faz ideia como eles brigavam com a gente! Era obrigatório esse maldito clister (Amélia, 2024).

Os trechos de narrativas acima, nos convidam a pensar em pelo menos três assuntos relacionados ao contexto em questão: o poder exercido pelos médicos, que mesmo muito ausentes das cenas de parto, recebiam a obediência e cuidados das mulheres profissionais que prestavam o cuidado. Outro aspecto que chama atenção, é como o clister[16], entre outros procedimentos em desuso nos protocolos atuais são narrados pelas entrevistas. E ainda podemos pensar sobre o preparo ou despreparo das mulheres para o parto, que as colocavam em absoluta vulnerabilidade diante das equipes.

Sobre o trabalho dos médicos nas maternidades ponta-grossenses até os anos 1990, podemos encontrar as seguintes menções:

> Os médicos obstetras, na época, faziam plantão. Plantão sobreaviso. Eles vinham para ver essa paciente depois, para prescrever a medicação. Cada médico tinha sua rotina. Então, a paciente internava, a gente avisava por telefone quando era possível, nem todos tinham telefone. Depois surgiu um bip, que eles bipavam o médico. Não sei exatamente como funcionava isso, mas apitava e o médico ia até um telefone fixo e ligava para o hospital para saber o que estavam precisando (Margarida, 2022).

O médico é lembrado como um profissional difícil de acessar. As parteiras faziam tudo o que fosse possível para não o acionar, e para cumprir exigências para o conforto do médico. Chamar o médico por uma situação que não configurava-se uma real urgência, gerava um desconforto, e por isso todos os esforços para realizar parto sem incomodá-los, inclusive para lhe poupar de ver um ‘cocô’, caso a parteira viesse a precisar de auxílio. Sobre ter que chamar o médico, Amélia rememora:

> E pelo teu controle tinha que ter uma boa noção de que a dilatação aumenta ou não aumenta… saber quando o trabalho de parto flui e quando ele não flui. E quando não flui, e quando você percebe um BCF diminuindo ou aumentando, e somente então você chamava o médico. Mas ele vinha com uma tromba desse tamanho. Ele vinha, mas era aquela coisa! E na maioria das vezes quando a gente chamava era porque era necessário uma cesárea. Eu nunca me lembro de ter sido questionada na ocasião de ter chamado, mas a tromba aparecia (risos) (Amélia, 2024).

Em sua interpretação atual, Amélia avalia que o que entendeu na época como liberdade para atuação, a colocava em risco. Na mesma medida que tinha liberdade de tomar as condutas que julgasse necessárias, também não recebia respaldo e poderia ser responsabilizada por erros de conduta. Mesmo sem o prestígio do médico

16 Procedimento que consiste na colocação de um pequeno tubo pelo ânus, no qual é introduzida água ou alguma outra substância com o objetivo de lavar o intestino.

e sendo o elo mais frágil da relação profissional, continuava trabalhando de modo a assumir todas as responsabilidades.

> Numa situação de sangramento, não era aquele controle de medicamentos como se tem hoje em dia, que hoje, se não tá prescrito você não pega nada… a gente tinha mais liberdade. Você deixava tudo marcado, tudo anotado, porque o médico tinha que prescrever o que você usava, ele prescrevia, porque ele confiava no que você fazia. Muitas vezes até o médico vir, você já inibia um bom tanto das coisas que poderiam dar erradas, como uma hemorragia… então às vezes até ele chegar para fazer uma curetagem, ou uma histerectomia, a gente já andava um trajeto, ajudava muito o médico, mesmo que eles não mereciam. Porque se alguma coisa entortasse, você não tinha nenhum respaldo do médico, e muito menos da enfermeira, e muito menos do Coren[17] (Amélia, 2024).

Sobre a falta de respaldo para enfrentar eventuais problemas legais relacionados às condutas de parto, em especial no período em que a figura da enfermeira não era tão presente na assistência ao parto hospitalar, Amélia ilustra contando como foi o processo que respondeu em decorrência de uma episiotomia:

> Eu tive um processo de uma paciente que ela foi bem sacana. Ela nem era de Ponta Grossa, mas existia as maternidades de plantão.
>
> Ela era segunda gesta, e uma cesárea anterior. Ela chegou, eu avaliei ela. Ela estava mais ou menos uns 2 cm, um colo grosso, um colo ruim! Como ela tinha uma cesárea anterior, eu nunca imaginei que isso ia evoluir para parto, e você acredita que evoluiu pra parto assim, rápida! Eu liguei: Dr José (nome fictício) é assim assim. Ele me disse: deixa internada pela bolsa rota, que amanhã eu faço a cesárea nela.
>
> Nem coloquei ela no pré-parto, deixei ela na enfermaria, porque ela tava tranquila. Em menos de duas horas essa mulher evoluiu para o parto.
>
> Como por baixo era o primeiro, eu fiz episio nela. E como você deve ter visto já várias episiotomias, elas, o primeiro dia, segundo dia de que você fez o corte, fica horrível: incha, fica avermelhada… não é uma coisa bonita de se ver. E principalmente se a mulher não tiver muita higiene. E essa mulher me denunciou porque eu causei nela uma lesão corporal, sem autorização dela! (Amélia, 2024).

A episiotomia, que é uma incisão no períneo da mulher, realizado no momento expulsivo do parto, foi uma prática amplamente adotada nos partos hospitalares de modo rotineiro. Atualmente, não há evidências científicas suficientes para definir as indicações para a episiotomia. Mas o caráter de rotina em que era utilizado pode ser encontrado na fala de Amélia, que encontra obviedade em ter realizado o procedimento na mulher que teria seu primeiro filho “por baixo”. As bases para que tal

17 Conselho Regional de Enfermagem.

procedimento fosse adotado institucionalmente nos partos hospitalares são debatidas em revisões bibliográficas como exemplo de São Bento e Santos:

> No início do século XX, com Pomeroy (1918) e Joseph DeLee (1920), a episiotomia passou a ser compreendida como procedimento de rotina. Pomeroy publicou um artigo intitulado: "Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas?". Sua posição foi em favor da episiotomia de rotina, justificando que o corte diminuía os traumas cranianos do bebê contra o assoalho pélvico. Pomeroy também trouxe a ideia de que a episiotomia recompõe a mulher em sua condição virginal. DeLee em 1920 defendeu, na Sociedade Americana de Medicina, o conceito de parto como processo patológico e, a partir disso, sugeriu a utilização do fórceps profilático e, com este, a episiotomia médio-lateral precoce, e o procedimento passou a ser recomendado como rotina (São Bento; Santos 2006, p.553).

A discussão sobre episiotomia ainda existe dentro dos lugares de parto, da atualidade. Havendo profissionais que defendem que, se realizada "de forma seletiva, bem justificada, com técnica correta, pode proteger contra lacerações perineais graves" (Febrasgo, 2017) e outros que consideram um ato violento, a que contribui para o maior desconforto nos pós-parto do que quando comparada a uma laceração espontânea[18]. Mas o que encontramos de mais interessante na história de Amélia, é sobre a surpresa pelo processo que teve que responder. Tal surpresa nos mostra que ela, até então, parecia desconhecer questionamentos contrários à técnica. Seguindo com a passagem que Amélia rememorou:

> Essa mulher abandonou o bebê na maternidade pra doação, e ela sumiu do hospital.
>
> Pois olha, você não faz ideia como aquilo deu pano pra manga viu! Mas o Doutor José foi o único que me defendeu. E a justiça, menina, você não faz ideia… agora eles tem mais informações, mas na época eles eram muito leigos em questão de trabalho de parto, em questão de pós-parto em questão de abandono de criança…
>
> Mas deu muito pano pra manga pra eu conseguir fazer o delegado entender que se não se faz uma episiotomia, rompe e o estrago pode ser bem maior do que você fazer um piquezinho pequeno. Se romper pode causar um estrago enorme. Até ele entender foi bem difícil (Amélia, 2024).

A sequência da história de Amélia, sobre a mulher "de fora", retrata relações entre demandas de saúde e de justiça. Explicar para o delegado toda a "verdade" que se tinha no hospital sobre a episiotomia, "deu pano pra manga", pois eram duas linguagens distintas.

Além da denúncia pela episiotomia não consentida, outra questão vem à tona nessa mesma história: a entrega para adoção. Quando diz que, "na época eles (da

18 É uma lesão que pode ocorrer na área genital feminina durante o parto.

justiça) eram muito leigos em questão de abandono de criança", Amélia nos abre caminho para pensarmos nas maternidades como lugares que foram e são cenários de inúmeras entregas e adoções de recém-nascidos. Até a década de 1990, período anterior ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as adoções aconteciam sem critérios. Sobre esse assunto, Margarida também nos conta:

> E tinham mães que chegavam no hospital e diziam assim: não quero o bebê. E ela deixava o bebê e ia embora. E não tinha assistente social, não tinha nada. E a irmã ficava um tempo com o bebê, até que alguém quisesse. Às vezes chegavam pessoas lá procurando: 'a senhora tem um bebê, se tiver algum me avisa'. Adoção acontecia por ali mesmo.
>
> Eu lembro de um casal do Rio de Janeiro, que eles eram bem afortunados e estavam passeando e o filho deles sofreu um acidente, e eles ficaram um tempão internados em um apartamento. Nesse tempo nasceu um bebê prematurinho de seis meses, e a mãe foi embora e deixou, e a gente cuidou.
>
> Essa família levou o bebê embora para o Rio de Janeiro. Na época nós nos despedimos dele, que ele ia viajar de avião, ia para o Rio! O médico liberou: 'vocês podem levar ele mas de avião.' Eu acho que é pior um prematuro no avião. (risos) Mas ele já tava bem pra ir, cresceu como uma abobrinha. Se não me engano o nome dele era Jonas. Nós achamos que o bebê foi de extrema sorte na vida. Se foi mesmo não sei (Margarida, 2022).

Nesse sistema de adoção as crianças eram registradas como filhos biológicos dos adotantes, e como consequência, as pessoas adotadas perdiam as possibilidades futuras de encontrar referências de história pessoal e familiar. Com a promulgação do ECA, esse cenário mudou, tornando as adoções regulamentadas e prevendo preparo para as famílias adotantes, e acompanhamento das adoções. A nova forma de adoção se configurou como uma primordial garantia de direitos, e não apenas de "sorte" de crianças como Jonas.

A dificuldade em se efetivar escolhas da mulher em relação ao seu planejamento reprodutivo, parto e maternidade, são estruturais, e refletem em diferentes situações dentro dos hospitais. Além dos casos de entrega para adoção, podemos tomar outros exemplos trazidos pelas nossas fontes, que versam sobre as escolhas (im)possibilitadas à mulher durante parto hospitalar. Margarida compara sua experiência no antigo Hospital Vicentino, com o que percebe dos pacientes da atualidade. Com objetivo de saber se havia questionamentos sobre os cuidados recebidos no hospital, perguntei a ela se vinham mulheres com desejo de fazer algo diferente da prática comum no hospital. Margarida analisa:

> Não […] eu acho que as pessoas eram tão submissas, que parece que não tinha né […] Hoje as pessoas são muito mais críticas, querem participar das coisas. Tanto é que naquela época, Lucimara! a paciente não tinha direito de

> saber nada! Ela não tinha direito de ver o prontuário dela. Não tinha direito! E não tinha direito de questionar qual a medicação que ela tava tomando. E nós da enfermagem, porque nós éramos praticamente analfabetas, e éramos proibidas de falar. Se a paciente perguntasse: 'quanto tá minha pressão?' - só o médico pode falar. Você não podia falar. 'Que medicação é essa, pra que é?' - você tem que perguntar pro seu médico. Essa era a orientação que nós tínhamos. E o médico não era nem visto pela paciente. Ninguém sabia o que estava acontecendo, e a paciente não tinha esse direito (Margarida, 2022).

A hospitalização do parto intensificada pelas já mencionadas campanhas dos anos 1950 em Ponta Grossa, estavam ligadas ao suposto dever médico de diminuir o tempo e os riscos do parto. Tal poder do médico obstetra, no entanto, retira qualquer envolvimento da mulher na cena do parto. A acriticidade sobre as prescrições e intervenções sofridas pela mulher, são impostas tanto às pacientes quanto às parteiras.

Silva *et al*. (2019) apresentam a construção do conceito de "Parto ideal", (ou parto hospitalar) em meados do século XX. Segundo os autores, os argumentos consolidavam o médico como profissional mais habilitado para a assistência ao parto.

> O debate de obstetras acerca de uma roteirização da assistência ao parto, incluindo intervenções e práticas obstétricas que deveriam ser realizadas como rotina, lançam luz sobre os primórdios do processo de medicalização do parto no Brasil. Com a justificativa de um dever médico de diminuir o tempo e as dores do parto, e não deixar a natureza "agir sozinha", as intervenções foram apresentadas como fruto de um novo conhecimento médico-científico que constituiria a obstetrícia moderna (Silva *et al.*, 2019 p. 171).

Sobre a não participação da mulher no parto hospitalar, podemos retomar as discussões trazidas por Emily Martin, em sua obra "A mulher no corpo" (2006). Uma das metáforas médicas sobre o corpo da mulher, relacionada ao parto, faz menção às tecnologias que fizeram com que o controle das ferramentas mecânicas fossem retiradas dos trabalhadores, e estes perderam cada vez mais a capacidade de determinar o ritmo e o processo de trabalho. A analogia apresentada cuida de observar que desde que o trabalho de parto foi definido como um trabalho mecânico, a mulher foi deixada de lado da mesma forma que o operário tem sido evitado nas indústrias (Martin, 2006). Segundo Amélia:

> Era assim: a paciente não tinha orientação nenhuma. Mesmo que você propusesse que ela podia ter o bebê de cócoras, ou algo assim, as mulheres mais antigas, elas vinham um preparo delas, da mãe delas, que era só aquela posição de galinha morta mesmo sabe, que não sei nem como que chama. Muito menos a gente tinha esse preparo, e nem tinha tempo, porque o fluxo era muito grande. Muitas vezes você subia com uma paciente pra sala de parto, mas você deixava duas pela boa, três pela boa, e muitas vezes nascia na cama (Amélia. 2024).

As narrativas remontam a realidade de um contexto de transição entre o parto em casa e o parto hospitalar em Ponta Grossa. As campanhas para a promoção do hospital como lugar seguro em contraposição ao parto em casa como modo antiquado, insere o discurso das técnicas de controle de tudo que pode dar errado. Sobre a medicalização do parto em meados do século XX, Silva *et al.* (2019) apresentam que:

> A busca por meios e recursos que suavizem o parto, tornando-o mais rápido e diminuindo os incômodos e transtornos que lhe seriam característicos, é apontada, em nosso material, como uma das questões que mais teria ocupado o mundo obstétrico brasileiro no início do século XX. O parto, por sua "natureza longa e cansativa", era considerado uma atividade fisiológica sui generis que, mesmo estando dentro dos "limites da mais estrita normalidade", submeteria a mulher a sofrimentos e traumatismos não desprezíveis. Ademais, considerava-se que o parto estaria sujeito a tantas e tão frequentes complicações que constituiria, por si só, um risco (Silva *et al.* 2019, p. 174).

Sendo assim, a hospitalização do parto requer um discurso de que muito pode dar errado no processo natural. No entanto, no início da popularização, o que podemos perceber pelas fontes, é que as condições de Ponta Grossa combinam com o apresentado por Mott:

> A situação pelas parturientes que precisavam de internação estava longe do ideal ficavam sem atendimento pela falta de leitos, eram mal atendidas devido à situação precária em muitos estabelecimentos, sofriam intervenções cirúrgicas desnecessários, não encontravam vagas quando precisavam e se encontravam as condições de muitos estabelecimentos não eram compatíveis com o que era preconizado (Mott, 2012, p.214).

Amélia e Margarida corroboram com a ideia da precariedade de atendimento, especialmente pelo número de pacientes por profissional, pela dificuldade de acionamento dos médicos e pela replicação de técnicas e procedimentos desnecessários e na concepção atual, violentos. "A sala de pré-parto era enorme" contaram. Amélia ainda explica: "Tanto no Evangélico como na Santana, como na Santa Casa, eram enormes, e mesmo assim por vezes a gente puxava mais uma cama ou deixava na maca por falta de espaço" (Amélia, 2024). Contudo, sobre a falta de vagas apresentada por Mott uma interessante particularidade pode ser observada em Ponta Grossa, pois as maternidades pareciam que nunca se entendiam lotadas, e inclusive uma competição velada (ou nem tanto) se estabelecia entre as maternidades, pois todas queriam superar os números de atendimentos umas das outras. Em certo momento da trajetória dessa pesquisa, ouvi em conversa informal sobre uma Kombi Cegonha da Santa Casa, que ia buscar gestantes para trazer para

a maternidade. A pessoa me contou que essa Kombi tinha uma plotagem de uma cegonha. Carreguei essa curiosidade até ter oportunidade de perguntar para Amélia, se ela se lembrava disso ter existido, e qual o sentido. Amélia me explicou:

> Tinha a Kombi da Santa Casa e a maternidade Santana também tinha. Era um serviço que tanto buscava como levava para casa. A gestante podia ligar no hospital e a Kombi ia. Às vezes ele trazia três ou quatro (risos). Porque daí no caminho tinha mais vizinhas em trabalho de parto e ele já trazia todo mundo. Era um serviço da maternidade. A Kombi da Santa Casa era famosa, muito bonita. Era uma kombi branca, normal, mas tinha uns desenhos de cegonha. E o motorista vinha loco, loco, dizendo: já vai nascer, já vai nascer. Vinha correndo, passando todo mundo. E nem era nada! voltava pra casa muitas vezes. (risos) Mas que chegou a nascer bebês dentro da Kombi chegou! Era o motorista, Deus e Nossa Senhora para acudir. E vinha com aquele neném com cordão e tudo, no colinho né. Chegou a acontecer sim. A lenda da kombi é verdadeira. Quando não existia mais, o povo reclamava. Quando elas ganhavam alta do hospital, ela levava (Amélia, 2024).

Cada hospital parecia querer trazer para si mais partos. Essa situação pode nos dar a falsa ideia de um esvaziamento das maternidades, porém Amélia (2024), diz sobre o tempo de permanência no hospital no pós-parto: “por causa da superlotação das maternidades, elas não ficavam três dias, iam embora de um dia para o outro. Só cesárea que ficava três dias”. Sendo assim, os motivos para essa competição por mais partos, pode estar ligada ao objetivo das campanhas em prol do parto hospitalar, bem como pelos repasses públicos pelo atendimento aos partos. Sobre isso perguntei para Amélia porque era interessante para a maternidade ter mais partos. Ela respondeu:

> Naquela época o SUS pagava muito bem. Depois que começou a ficar mais difícil. Mas antes era uma briga. No final do mês era anunciado qual a maternidade que fez mais partos, para se vangloriar, digamos assim. ‘Maternidade Santana fez oitocentos e poucos partos, ual! e a Santa Casa só fez quatrocentos, puxa! Evangélico fez mil e poucos partos! nossa!’ Tinha essa competição entre as maternidades (Amélia, 2024).

Considerando o desenho do cenário composto por: grandes enfermarias com numerosos leitos, de onde as mulheres em período expulsivo do trabalho de parto eram retiradas para uma sala de parto e “devolvidas” após o parto, o controle do tempo e os procedimentos padronizados aplicados para abreviar o processo de parto, o parto hospitalar desse período nos parece um sistema de produção fabril. Podemos retomar Martin (2006), que apresenta a discussão sobre metáforas médicas sobre o parto, que compara os médicos à gerentes que controlam o trabalho realizado pelo corpo da mulher ao darem à luz, removendo a força de trabalho da própria mulher. A produtividade e a competitividade das instituições também aparecem nesse cenário,

onde não somente o corpo da mulher é considerado “fábrica”, mas o próprio hospital se insere na lógica produtivista.

Uma interessante crítica à lógica produtivista do sistema capitalista relacionada à saúde é apresentada por Teston *et al.* (2018). Segundo os autores, no sistema capitalista o processo de avaliação em saúde tem sido um nicho fecundo de uma forma de super intensificação:

> A ideologia produtivista assume a dianteira dos processos avaliativos nos diversos setores, e na saúde isso não seria diferente. O objetivo do processo avaliativo é redefinido e passa a ser ‘diminuição do tempo de rotação do ciclo repetitivo do processo de trabalho’ na medida em que persegue a produção de metas, aliando-se à lógica de mercado típica de sistema capitalista financeirizado (Teston *et al.*, 2018, p. 227).

A lógica produtivista da despersonificação do indivíduo no ambiente hospitalar perpassa também pela questão de se estar sozinha entre um grande número de pessoas desconhecidas. Sobre o acompanhante as entrevistadas contam:

> Lucimara: não era prática ter acompanhante?
> Amélia: Não, não. Não tinha… e mais ainda, não tinha acompanhante nem nas enfermarias. Era só horário de visita! (Amélia, 2024).

> Lucimara: E ficava acompanhante?
> Margarida: Não! Não ficava! Proibido! No horário de visita que a pessoa podia vir no hospital (Margarida, 2022).

No Brasil, a Lei no. 11.108, de 2005, instituiu a presença do acompanhante de escolha da mulher durante toda a internação para o parto hospitalar. No período apresentado, portanto, não se considerava a possibilidade da presença do acompanhante. Estar sozinha no parto e pós-parto trazia muitas consequências, aumentando a vulnerabilidade das pacientes. Mas também rebatia na dificuldade das parteiras, já sobrecarregadas, em manejar as preocupações e desinformações dos familiares. Vejamos alguns trechos lembrados por Amélia:

> Era cada barraco na recepção, você não faz ideia. Nossa senhora! porque é assim: você tá em trabalho de parto com uma paciente, principalmente quando era primeiro filho… mesmo a mãe ou a sogra tendo uma renca de filhos, elas se esqueceram da demora do início do trabalho de parto.
>
> Muitas, mas muitas, muitas vezes, a paciente ficava dois ou três dias internada no hospital, por causa do barraco da família. Eles vinham te enfiavam a paciente, dizendo ‘te vira!’. E aí, o que você fazia?
>
> E você já tinha explicado 500 vezes para a família inteira. Ia lá na frente, você ia se expor, eu fazia muito isso… porque muitas vezes você já tava sentindo um bofetão, mas você ia lá e explicava: é assim mesmo, demora, primeiro neném até 3 ou 4 dias (Amélia, 2024).

Considerando que para uma puérpera em seu pós-parto imediato, é importante que haja um apoio para o cuidado com o recém-nascido, na organização das antigas maternidades, a ausência do acompanhante implicava também nesse aspecto, pois os bebês ficavam sob cuidados da equipe do hospital. Sobre os berçários, Amélia conta:

> E quando eu comecei, nem o bebê ficava com a mãe. O bebê era levado só nas horas de amamentação. Uma berçarista cuidava de muito mais de 20 bebês.
>
> Naquela época se dava chazinho para os bebês. Agora não pode mais. E era por conta do hospital: a roupa dos bebês, o leite de mamadeira, o chá, a cobertinha […] a mãe só trazia uma muda de roupa pro bebê para sair do hospital.
>
> O berçário era um monte de bercinhos, um grudado no outro. Quando a berçarista ia para a enfermaria, na hora de mamar, cada carrinho daqueles era de uma enfermaria. Não tinha pulseira no neném […] era um papelzinho grudado no bercinho, mas quase não se trocava neném […] e a berçarista ia na enfermaria com o carrinho né, chamava a mãe e dava o bebê, já trocado, já certinho.
>
> A mãe amamentava, por meio hora, uma hora. No horário de visita o bebê ficava com a mamãe e depois era recolhido para o berçário.
>
> Quando a mãe não tinha leite suficiente e o bebê chorava, chorava, chorava, era dado um chazinho ou uma chuquinha de leite e tudo era dado pela maternidade (Amélia, 2024).

Os bebês, ao ficarem no berçário, ao mesmo tempo que tornavam viável a ausência de acompanhante, permitiam ao hospital total controle dos modos de cuidado. O berçário foi substituído posteriormente pelo Alojamento Conjunto, que é um sistema hospitalar regulamentado pela Portaria MS/GM nº 1016, de 26 de agosto de 1993, em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 horas por dia, no mesmo ambiente até a alta hospitalar. Nessa pesquisa, as primeiras menções ao acompanhante de parto, vem dos relatos do Doutor Severino. Perguntei a ele sobre esse assunto:

> Lucimara: Você lembra quando começou a ser habitual a presença de acompanhantes no parto?
> Severino: Na época que eu comecei (1996) aqui havia um projeto chamado maternidade segura, que seria a referência hospitalar, que não poderia haver dúvida nesse momento, e dentro do hospital a presença da equipe presencialmente, e o acompanhante se eu não me engano veio depois disso. Mas até onde eu lembro, dentro dos procedimentos eletivos sempre foi permitido. Por exemplo a mãe ou o marido. Nos partos na época muitos não queriam assistir, e o próprio acompanhante dizia: ah não, o parto não quero. Se for cesárea até eu assisto. Mas não era rotina ter acompanhante (Severino, 2022).

Apesar dessa memória pontual apresentada por Doutor Severino, na realidade do cenário pontagrossense a ausência de acompanhante, ou a impossibilidade da entrada e permanência do acompanhante do sexo masculino, perdurou até o fechamento do Hospital Evangélico.

Segundo Reis, 2011, a "Maternidade Segura", discutida em Nairóbi, em 1987, foi fruto do reconhecimento internacional da morte materna como tragédia que necessitava ser mundialmente enfrentada. Reconhecia-se que a morte materna estava relacionada a uma desvantagem social e, portanto, precisaria incorporar cuidados de diversas naturezas. A inserção desse tema na agenda política global, foi sentida em Ponta Grossa, por Severino em 1996, quando iniciou seu trabalho na Santa Casa. Sobre aspectos que foram dando novos ares em relação ao que posteriormente foi denominado “humanização do parto”. Um dos pontos dessas mudanças se refere ao corpo profissional, que foram incrementadas pelo plantão presencial dos médicos, e pela inserção das enfermeiras nas cenas de parto. Concomitante a isso, um movimento ainda sutil começa a promover a saída das parteiras dos hospitais. Amélia lembra:

> Antes de começar a valer a lei nova de não existir mais parteira, eu trabalhei na Santa Casa. Mas nesse tempo na Santa Casa era bem melhor, porque as enfermeiras já se interessavam um pouco mais pela obstetrícia, pela maternidade. Tanto que eu fiz na Santa Casa, com uma enfermeira, o curso de aleitamento materno. Na Santa Casa já tinha neonatologia, que era de alto risco. Então você tinha dentro do hospital o pediatra, e também você já tinha médico de plantão. A Santa Casa melhorou bastante (Amélia, 2024).

Sobre o que podemos chamar de segunda fase do parto hospitalar em Ponta Grossa, que configura-se em uma fase de aproximação das instituições com debates referentes à necessidade de melhorias nas condições de atendimento aos partos, podemos destacar a narrativa do Doutor Fabio Mansani, que rememora o trabalho de seu pai, Doutor Conrado, frente a maternidade da Santa Casa:

> Os atendimentos eram diferentes. Não existiam, por exemplo, médicos de plantão. No início, quem faziam os atendimentos e faziam os partos eram as parteiras, no início. Os médicos participavam assim, vendo se estava tudo certo, ou eram chamados para alguma intercorrência, alguma emergência… mas até a década de 1990 não existia plantonista no hospital. Ou não tinha plantão, ou o plantão era a distância e era chamado para atender intercorrência de partos realizados pelas parteiras. Era como funcionava a estrutura de atendimento na época. E isso com o tempo foi evoluindo, e depois passou a ser inadmissível que alguém fizesse um parto sem supervisão médica. As enfermeiras obstétricas não existiam (Fabio, 2024).

Outro médico, Doutor Severino, conta que ao chegar de São Paulo em Ponta Grossa, em meados dos anos 1990, estranhou os plantões médicos realizados à distância e conta que esteve presente no processo que alterou esse modelo nos hospitais de Ponta Grossa:

> E quando eu cheguei aqui em Ponta Grossa não havia médicos dentro das maternidades. Então eram as parteiras, e isso em todas: a Santana, o Evangélico, a Santa Casa, o Bom Jesus, e o Vicentino não lembro. Mas nessas quatro, ficavam as parteiras e os médicos eram chamados.
>
> Essa realidade para mim era desconfortável, pois quando você faz um atendimento e está em outro local, e a parteira te liga dizendo que está tendo uma alteração, e você ter que ir correndo, pois como se sabe essas coisas acontecem rapidamente…
>
> Eu me propus a ficar dentro do hospital na Santa Casa. Estamos falando de 1996. O pessoal tinha tido uma situação bastante delicada por conta de um óbito na maternidade.
>
> A Santa Casa, dentro de Ponta Grossa, foi o primeiro hospital a ficar com médico presencial. Nesse processo, com o tempo, houve a formação das enfermeiras. As parteiras começaram a sair das maternidades dando lugar ao atendimento da enfermagem e o obstetra junto. Isso foi gradativo, foi lento até começar a montar as escalas (Severino, 2022).

Cabe esclarecer que, pela legislação profissional de enfermagem, os não-médicos que podem realizar o parto normal são a enfermeira e a obstetriz/enfermeira obstétrica, assim como a parteira titulada no Brasil até 1959 ou portadora de diploma/certificado estrangeiro, reconhecido ou revalidado até 1988 (Brasil, 1986).

Com a nova configuração, os médicos obstetras passaram a fazer plantão presencial, e enfermeiras foram se aproximando da assistência aos partos, e se especializando em obstetrícia. Com isso, podemos de antemão nos perguntarmos como ficou a situação das parteiras. Algumas, como Amélia, com longa jornada de atuação, durante a qual por muito tempo arcou com muita ou quase toda responsabilidade dos partos hospitalares que atendeu. Sobre isso, a opinião dos entrevistados retrata várias interpretações diferentes. Vamos começar por Regiane:

> Quando eu comecei a trabalhar como enfermeira em um dos hospitais já não existia mais a profissão parteira. As pessoas que trabalhavam nos hospitais e que tinham essa prática de serem parteiras eram auxiliares de enfermagem mas que iniciaram a carreira dentro da enfermagem como parteiras e aprenderam o ofício com os médicos obstetras. Se a gente pegar a legislação do COREN as parteiras que atuavam sem o curso, elas têm mais de 100 anos (Regiane, 2022).

Verificando a legislação, Lei 7.498/86, de 25 de junho de 1986, do Conselho Federal de Enfermagem, que regulamenta o exercício da profissão, observamos que

a Enfermagem pode ser exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira. A parteira que se refere a lei, no entanto, é aquela formada em curso estrangeiro, cujo certificado precisa ser revalidado como Técnico de Enfermagem. Sendo assim, Regiane conta como se deram os arranjos de transição:

> O papel delas era o papel de um auxiliar de enfermagem: verificavam sinais vitais, prestavam cuidados no pré e no pós-parto, no banho, mas não realizavam mais partos. A gente dizia que elas eram parteiras porque elas tinham a prática mas devido a essa proibição elas não realizavam mais os partos e tinha o médico plantonista 24 horas.
>
> Elas não realizavam mais partos, mas claro, se acontecesse de um único plantonista ter 4 ou 5 trabalhos de parto a parteira teria que amparar esse nenê para que ele não caísse. Sempre foram pessoas muito boas de trabalhar. Eu não tenho nenhuma vergonha de dizer tudo que eu aprendi de obstetrícia com as parteiras, e eu devo muito a elas, esse meu amor maior pela obstetrícia (Regiane, 2022).

Podemos pensar em Regiane e Amélia, como profissionais pertencentes à duas fases que compartilham a experiência do cuidado do parto, dentro dos mesmos espaços hospitalares. Regiane começou a trabalhar por volta do ano 2000. Amélia se aposentou em 2018. Há, nessa relação, necessidade de criar experiências novas e atreladas a um tempo e espaço presentes, em contraste com as experiências das gerações anteriores. Ambas reconhecem aprender uma com a outra. Ao tempo que buscam demarcar seus espaços a partir daquilo que afirmam em suas práticas. Amélia pela experiência, Regiane pelos novos protocolos e regulamentações que lhe assistem profissionalmente. Sobre o fechamento dos campos para as parteiras, Amélia conta:

> Ali qual foi o problema: como eles mandaram todo mundo com experiência embora, eles sofreram muito, aconteceu muita cesárea. O médico não tem a paciência que a parteira tem, que a enfermeira tem, de sentar ali do lado e conversar, de ficar até o bebê nascer. Elas examinavam e largavam, então nascia muito bebê na cama ou se não virava cesárea. Bem complicado (Amélia, 2024).

Sobre as mudanças que observou na nova fase das maternidades, Regiane, por sua vez, conta:

> Desde aquela época eu peguei muito as antigas auxiliares de enfermagem que eram parteiras, as parteiras antigas. Aprendi muito com elas, foi ali que eu aprendi realmente o que era uma dinâmica uterina, o que era um toque, o que era dilatação e todo esse controle. Além de outros obstetras que trabalhavam junto com a gente, com quem eu comecei a ter meu contato direto com a obstetrícia. Isso há quase 20 anos atrás.

> De 20 anos pra cá muita coisa mudou, muita coisa melhorou e muita coisa foi valorizada em relação a parte obstétrica. Há 20 anos atrás uma mulher entrava em um hospital em trabalho de parto, ela tinha que ficar deitada, ela ficava em jejum, não podia se movimentar, não podia caminhar. E eu desde aquela época já brigava muito com isso, porque eu achava que tinha que ter movimentação. Até pelo que a gente tava estudando e indo atrás e vendo as evoluções (Regiane, 2022).

Enquanto Regiane, que é enfermeira, prioriza avaliar em seu discurso as mudanças relacionadas à parte técnica, os protocolos de cuidado e a ideia do movimento da paciente, o médico acrescenta elementos relacionados à estruturação da aparelhagem. Vejamos:

> Doutor Mansani conseguiu na época apoio da administração do hospital para montar uma maternidade de alto nível, onde se tinha toda a aparelhagem necessária disponível, suporte clínico, suporte hospitalar, enfermagem treinada para atendimento, tanto dos pacientes privados quanto dos pacientes públicos (Fabio, 2024).

Sem dúvidas as mudanças que podemos sentir nesse período configuraram uma nova fase para o cenário obstétrico da cidade. O cotidiano apresentado por Margarida e Amélia nos coloca diante de um sistema de cuidado permeado por extremas dificuldades, que na sua maioria eram enfrentadas pelas parteiras Irmãs de Caridade, ou profissionais de enfermagem formadas dentro de uma lógica de uma disponibilidade médica de sobreaviso para emergências. As transformações vindas pelo aperfeiçoamento dos recursos tecnológicos celebrados pelos nossos entrevistados, são resultados dos processos históricos que estão relacionados com discussões globais sobre a necessidade de um melhor cuidado com o parto. No que toca às práticas de cuidado, podemos perceber que a inserção das enfermeiras na cena obstétrica é um importante acontecimento que permite as primeiras contestações sobre as técnicas antes utilizadas indiscriminadamente.

Contudo, ao analisarmos esse passo de ‘modernização’ do parto hospitalar em nossa cidade, não podemos esquecer que, conforme essa pesquisa vem nos mostrando, a história não é uma linha do tempo na qual podemos demarcar o fim de uma prática e início de outra. Cada contexto tem suas particularidades, mas são constituídas historicamente. Como exemplo de como as ideias coexistem, podemos tomar a narrativa de Laryssa, enfermeira obstétrica, cuja reflexão sobre permanências e rupturas que consegue visualizar em sua prática atual, a levam a refletir sobre o exercício pela não intervenção desnecessária:

> Eu venho de um modelo hospitalocêntrico. Um modelo que eu fiz episio, fazia fundo uterino [...] eu aprendi a trabalhar nesse modelo; onde tinha que aspirar todo bebê que nascia, a mulher ficava em posição de litotomia, eu amarrava as pernas das mulheres com faixas, tinha que fazer tricotomia com gilete, clister para esvaziamento gástrico [...] eu venho desse modelo [...] e se a gente não busca conhecimento fica […] (Laryssa, 2022).

Laryssa, que se formou enfermeira obstétrica nos supostos “novos tempos” do parto hospitalar, ao revisitar sua formação e sua prática inicial, não percebe diferença entre seu fazer e de suas colegas parteiras que a antecederam. Muitas permanências das ideias de controle e produtividade podem ser encontradas nas novas roupagens dos atendimentos ao parto. Muitos procedimentos lhe foram ensinados, e continuavam defendendo a entrega do parto para o hospital e para os profissionais. As atrizes mudaram, mas as práticas permaneceram mesmo sem as parteiras hospitalares.

A ideia do parto como o acontecimento mais perigoso que pode acontecer à uma mulher, ainda é muito disseminada, muitas vezes justificando as escolhas de assistência que não envolvem a mulher. O descostume pela escolha da mulher, quando se trata de parto, geram muitas polêmicas e tensões especialmente quando essa mulher desconsidera todo aparato oferecido pelo parto hospitalar.

2.3 O TEMPO PRESENTE E A VELHA POLÊMICA: PODE-SE PARIR EM CASA PONTA-GROSSENSE? PARTO DOMICILIAR NA HISTÓRIA RECENTE DA CIDADE

O assunto “parto domiciliar”, de modo geral, tem suas polêmicas. Tensionamentos entre defensores e opositores se manifestam em políticas e costumes. Mas quando toco no assunto parto domiciliar em Ponta Grossa, percebo que estou adentrando um espaço extremamente sensível. Parto domiciliar em Ponta Grossa parece não existir. Um aparente silêncio paira sobre o assunto. Silêncio de muita gente cansada de lutar por essa modalidade de parto, por reconhecê-la como direito, e silêncio de muita gente que prefere que o assunto fique quieto e esquecido. E muitos gritos silenciados de ativistas pelo parto humanizado, que não encontram ecos nas políticas de cuidado do parto.

O parto domiciliar faz parte dessa pesquisa, pois apesar de sua aparente inexistência na cidade, eles acontecem. E seus acontecimentos rebatem no HUMAI, esse lugar onde se adensam cuidados de parto da cidade, em suas diferentes

relações temporais e culturais. Então, esse trabalho não se eximiu de tocar nessa velha polêmica, que nos faz perguntar, se é permitido parir em casa ponta-grossense.

Como ponto de partida para as reflexões propostas ao adentrarmos nessa contenda, primeiramente podemos definir de que partos domiciliares estamos tratando. Os partos assistidos por parteiras tradicionais, conforme tratado anteriormente, não estão mais em pauta em nossa região. Seu modo de atuação, que nos parecia atender a ausência de alternativas de acesso ao cuidado hospitalar, não aparece mais como uma necessidade. No entanto, encontramos durante o percurso dessa pesquisa, histórias mais recentes de parto domiciliar como escolha das mulheres. Neste trabalho dois modos de escolha são pautados: os partos assistidos e não assistidos por equipes de saúde.

O parto domiciliar assistido por equipe de saúde recebe o nome de Parto Domiciliar Planejado (PDP). O crescimento por essa escolha se dá frente à insatisfação das mulheres com o sistema obstétrico hospitalar. Essa modalidade de parto é necessariamente acompanhada por profissionais habilitados, que são as enfermeiras obstetras ou obstetrizes. Dentre as principais regulamentações para a realização do PDP, podemos citar Resolução do COFEN (nº 737 de 02 de fevereiro de 2024) que normatiza a atuação do Enfermeiro Obstétrico e Obstetriz na assistência à mulher, recém-nascido e família no Parto Domiciliar Planejado.

Segundo Castro (2015), no Brasil, a literatura sobre o PDP é recente e indica como característica comum à maioria das mulheres que escolheram a casa como local de parto a alta escolaridade. “Um estudo com mulheres que realizaram PDP no Rio de Janeiro e em Porto Alegre apontou que 85% dessas mulheres tinham ensino superior; em São Paulo, 71% das mulheres tinham ensino superior” (Castro, 2015, p.71). Ainda segundo a autora, as mulheres que buscam alternativas ao modelo hegemônico de atenção obstétrica são possuidoras de maior acesso a informações sobre o parto que subsidiaram suas escolhas.

O parto domiciliar planejado é uma opção reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) atualmente, desde que a assistência seja realizada por um profissional de saúde habilitado e qualificado. No Brasil, o Ministério da Saúde em 2017, declarou que, embora o parto domiciliar planejado não fizesse parte das políticas de saúde no país, o mesmo não deveria ser desencorajado às multíparas de baixo risco gestacional. Em 2021, no entanto, em uma nota técnica (02/2021 MS) se declara ancorado no princípio da precaução ou prudência, e baseado no eixo da

garantia da segurança no cuidado materno-infantil, e desaconselha o parto domiciliar no contexto brasileiro. A Sociedade Brasileira de Pediatria, mantém campanha em defesa do Nascimento Seguro no Brasil, na qual defende que é imprescindível que o pediatra esteja sempre presente em todos os nascimentos. Além disso, a Sociedade de Pediatria também atua em diversas frentes, publicizando sobre os riscos relacionados ao parto domiciliar. Outra força que disputa sobre a regulamentação do lugar de parir no contexto brasileiro é a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, que declara:

> É um conceito básico para nós, Médicos Obstetras é que a Maternidade é o único local seguro para que o nascimento ocorra, pois é lá que temos à disposição a infraestrutura de pessoas e também de equipamentos e insumos que podem ser a diferença entre viver e morrer, entre ter ou não uma adequada qualidade de vida! (Fesbrago, 2024).

Após essa breve explanação já temos uma noção sobre as disputas que se travam em relação ao melhor lugar do parto. Banhados nesse contexto, estão as experiências de mulheres que escolheram parir em casa ponta-grossense, bem como de equipes de PDP que buscaram ou buscam se firmar na oferta do serviço em Ponta Grossa. Letícia, uma mulher de 28 anos, pariu sozinha, em casa por três vezes. O trecho de observação que segue, escrevi ao tomar conhecimento do caso, já que após o parto, Letícia se dirigiu ao HUMAI:

> Não estava trabalhando, mas fui comunicada por uma colega residente, que tínhamos na maternidade uma mulher que teve o bebê em casa, e que foi para o hospital por meios próprios para obter as vacinas. E que agora todos estavam se perguntando sobre a DNV, que a princípio o hospital disse que não iria emitir.
>
> A comunicação da residente feita a mim foi no sentido de perguntar se pela minha experiência eu saberia o jeito correto de conduzir a situação. Eu também não sabia. “Não atendi caso assim”, respondi sem muita certeza, pois talvez tivesse atendido. Entre as coisas que sugeri à colega foi: “pergunta pra Regi. Eu acho que o hospital vai acabar fornecendo a DNV, mas se não mesmo, faz contato com Conselho Tutelar, que deve saber o que fazer nesses casos”. Outras coisas que perguntei foram: “Ela tem carteirinha de gestante?” e “Ela vai ficar para fazer o teste do pezinho?”. À essas duas últimas, minha colega respondeu que sim, que estava tudo certinho.
>
> E ainda acrescentou: “A equipe não tá sabendo muito como fazer, o pediatra foi bem grosseiro com eles, (os pais) mas eles se mantiveram muito tranquilos”. Por fim, me segredando a felicidade pela audácia e pelo sucesso do que via, a colega me comunicou: “é o terceiro bebê que essa mulher teve em casa!” (Observação que antecedeu a entrevista com Letícia, 2022).

Na maternidade é comum recebermos mulheres com seus bebês recém paridos. Chegam em geral de ambulância, algumas cujos partos se deram em casa

sem assistência ou com ajuda de um familiar. Outras cujo nascimento se deu na ambulância no caminho para o hospital. Um parto foi “assistido” pela enfermeira, no carro da família, em frente ao hospital. Outro nasceu na triagem, cuja história rendeu um registro de observação, durante a qual a mulher me contou:

> Ganhei na triagem. Foi normal. Cheguei com dor, a enfermeira demorou um pouco. Cheguei ganhando. A hora que eu entrei na sala de triagem a minha bolsa estourou. Meu marido me trouxe e meu piazinho tava junto. Eles não deixaram ele entrar, mas ele viu da porta. Meu piazinho falou: ‘ó, sangue’, e meu marido falou: ‘sai sangue mesmo”. A expressão de Karol foi sempre sorridente ao me contar sobre isso (Observação 7 - nasceu na triagem! 2022).

Esses casos cujos nascimentos aconteceram, são naturalmente acolhidos pela equipe da maternidade, que presta os atendimentos, vacinas, triagens, emite a DNV, pois não foi uma escolha “ou culpa” da mulher o parto ter ocorrido sem assistência.

Esse meu primeiro contato com a história da Letícia, me fez pensar sobre onde mora a construção histórica, política e cultural que faz com que uma maternidade pública apresente esse desconforto para prestar atendimento a um binômio parido em casa, em um caso de escolha da mulher. E também me iniciou no “problema da DNV”, que me acompanha pela pesquisa, inclusive ao tratar de parto domiciliar planejado.

A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é um documento preenchido em três vias. Segundo o manual de instruções para preenchimento da DNV (Ministério da Saúde, 2022), o primeiro objetivo da DNV é o de ser o formulário para a coleta de dados sobre nascimentos, os quais servem de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil. O segundo, é o de ser o documento para lavratura da Certidão de Nascimento. Podemos acrescentar que a dificuldade para acessar uma DNV em caso de parto domiciliar pelo desejo da mulher, tem se tornado um meio de controle para evitar que os mesmos aconteçam com mais frequência.

Para Castro (2015), a construção social do hospital como o local do parto resultou em uma espécie de “naturalização” do parto hospitalar, de forma que parir fora do hospital passou a ser considerado um evento anormal, um parto “acidental” e mulheres que escolheram o parto domiciliar, são vistas com desconfiança, como transgressoras ou como alguém que deliberadamente colocou a própria vida e a vida do bebê em risco, portanto, como alguém fora da normalidade.

Em seu relato, Letícia conta que desejou parir em casa. Fez essa escolha por sentir que isso a beneficiaria nesse processo. Sendo uma pessoa que demonstra interesse e estudos independentes sobre parto, além de conhecer seus fluxos e

políticas, Letícia conta que suas experiências de parto domiciliar somente foram desassistidas por dificuldades financeiras para contratação de uma equipe:

> Claro que se a gente tivesse condições financeiras a gente teria contratado toda uma equipe maravilhosa, com banheira, com tudo! Eu queria que isso fosse acessível para as pessoas. Obviamente eu como doula não fico fazendo apologia ao que eu vivi, porque eu acho que pode ser perigoso. Eu vejo que pode ser perigoso. Eu sei que eu tive essa dádiva na minha vida, mas o parto em casa, tendo uma assistência é a melhor coisa que um casal que vai ter filho pode viver. Libera todos os hormônios bons (Leticia, 2022).

Segundo Nucci e Russo (2022, p.06), a ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior. Seu efeito na contração uterina foi descrito em 1906 pelo farmacologista britânico Henry Dale, e utilizado de modo sintético desde então, com a finalidade de acelerar e controlar o trabalho de parto. Ainda segundo as autoras, no movimento do parto humanizado, o valor é colocado na ocitocina como um produto natural do organismo. Quando o organismo trabalha de modo natural, o parto se torna individual, obedecendo a uma temporalidade dada pelo corpo feminino. Segundo Letícia:

> Eu acho que a ocitocina flui de uma forma maravilhosa quando você tá em casa, quando você tá no conforto do seu lar, com o carinho da tua família, no banheiro que você sempre toma banho, que você se sente bem. Nos meus três partos foi o que mais facilitou, tanto na dilatação, no parto, pra tudo acontecer. E a calma que as pessoas tiveram junto comigo, a calma de entender o momento, a partolândia, a brabeza, a dor. Entender que a água quente era o melhor jeito (Leticia 2022).

Letícia, que faz parte de uma parcela das mulheres adeptas ao parto natural, reconhece riscos de um parto desassistido, mas em sua balança optou pelo parto em casa, e entende seu sucesso como “uma dádiva". O que pesou em sua decisão está fortemente relacionado a como se dá o funcionamento do seu próprio corpo em relação à produção dos hormônios necessários para o parto. Porém, ela conta que também tinha um plano B, pelo qual chegaria em 15 ou 20 minutos no hospital de referência. “A gente estava naquela: queremos que seja do melhor jeito, porém se não for a gente tem como correr. Não queria pôr ninguém em risco” (Letícia 2022). Como doula e mãe, também em sua narrativa apresenta uma avaliação política dos cenários de parto em Ponta Grossa:

> O cenário em Ponta Grossa eu acho que está cada vez melhor. Do meu mais velho era o Evangélico ainda, no do Aruã já era o Regional, e no da Jade já tava no HUMAI, com todos equipamentos, mais humanizados, com banquinho, cavalinho, a bola, que eu acho importantíssima, o chuveiro, a cama… quando eu fui conhecer eu achei assim, que tá super caminhando, tá

> bonito de alguns anos pra cá. Mas mesmo estando super agradável de se parir lá, eu acho que a ocitocina flui de uma forma maravilhosa quando você tá em casa (Letícia, 2022).

Como mencionado, Letícia me conhece e sabe onde trabalho. Isso considerado, temos que olhar para suas falas em relação ao HUMAI, resguardados de que as opiniões que ela apresenta podem guardar relação com meu lugar de pesquisadora. Mas Letícia conta que conheceu os três hospitais que seriam suas referências de parto para cada um de seus filhos. Considera as melhorias em humanização, avalia positivos os investimentos em equipamentos, mas ainda assim escolhe parir em casa. Depois do parto, se dirigiu ao hospital para obter as vacinas e triagens neonatais. Sobre a última experiência, quando se dirigiu ao HUMAI, eu soube por minha colega que havia gerado uma confusão na equipe, que ficou dividida em como conduzir esse acontecimento não protocolar. Pergunto para Letícia como foi no hospital:

> Letícia: (silêncio, suspiro) assim… como é difícil pra gente, acho que é difícil pros profissionais aceitarem também. E aceitarem que (silêncio breve) mesmo leiga a gente pode ter feito com todo cuidado e esterilização necessária. Dos dois havia sido feito do mesmo modo.
>
> Eu senti dificuldade de querer ficar lá naquele hospital branco, sem minhas coisas, sem meus filhos que achavam que eu tinha sumido de casa (Letícia, 2022).

Ainda com desejo de aprofundar um pouco mais a respeito da percepção de Letícia sobre sua passagem pelo hospital, retomo o assunto e pergunto se ela sentiu algum constrangimento. Ela corrige o termo e fala em frustração:

> Leticia: Frustração, com certeza. É… (silêncio) eu sei que as enfermeiras, todas que pegaram na minha filha, elas pegaram com jeito. Não gostaria de falar isso, mas outra pessoa, não vou denominar quem, que pegou, sabe… (emoção) como se fosse um saquinho de pano, sabe…
>
> A gente que cuida tanto, a gente fica cheia de dedos em cima da cria… pra alguém vim e tratar como se fosse qualquer coisa. (silêncio). Essa insensibilidade no trato eu não senti das mulheres. As mulheres pareciam ter uma coisa materna, e pegaram com muito amor na Jade, e isso faz a gente se sentir bem, se sentir acolhido.
>
> Você sempre vai se sentir melhor perto de alguém que trata teus filhos bem, independente da idade. Você não vai na casa de alguém que trata teus filhos mal, nunca mais você volta, é tipo isso… (silêncio) (Letícia, 2022).

Dessa expressão, muitos aspectos podem ser analisados, entre eles, a correção do termo pelo qual eu tentei abordar essa passagem. Letícia comunica que não sente que a instituição possa constrangê-la. Ela demonstra com isso que conhece

os meandros institucionais, e que acredita na possibilidade de que a humanização que defende pode ser efetivada dentro do hospital. Quando escolhe falar em frustração e narra sobre se entristeceu ao ver a filha “pega como um saquinho de pano”, a frustração mencionada por Letícia comunica que possuía uma expectativa de ser bem acolhida com seu bebê parido em casa, na maternidade do SUS. E de algum modo foi. Comunica ainda que a frustração que sentiu foi pontual, pois a insensibilidade a que se refere é dada por alguém que veio “tratar como se (sua filha) fosse qualquer coisa”.

O movimento que Letícia fez em sua narrativa, me fez pensar sobre alguns aspectos da história oral, pois o que ela trouxe foi muito mais interessante do que eu poderia ter suposto. Ao invés de tratar a instituição hospitalar como um lugar que constrange ou oprime as pessoas que descumprem seus protocolos, Letícia seguiu por outro caminho, mostrando seu entendimento de que não é a instituição, mas sim alguns profissionais, que expressam seu desacordo com certas escolhas. Tais manifestações de desacordo nem sempre são formais, podendo surgir inclusive em gestos, como o exemplo da forma de segurar o bebê. Portelli faz uma reflexão sobre como a história oral permite um projeto compartilhado entre entrevistado e entrevistador:

> Narradores não são objetos da investigação, mas sujeitos de um projeto compartilhado, de um diálogo entre entrevistado e entrevistador. Um diálogo em que os papéis se modificam, mudam, em que nem sempre é o historiador quem faz as perguntas, há perguntas colocadas pelo entrevistado. Há duas agendas que se encontram: a agenda do historiador, que tem perguntas, algumas coisas que queremos saber; e a agenda do entrevistado, que aproveita a presença do historiador para contar as histórias que quer contar, as quais não são necessariamente as histórias que buscamos. E talvez, amiúde, são mais interessantes do que as histórias que buscamos (Portelli, 2009, p.03).

Visto por esse aspecto, associo o que aqui surge como ponto central desse fragmento da narrativa de Letícia, com uma discussão observada em uma Roda de Gestantes do Coletivo Doulas Ponta Grossa, que registrei como fonte para essa pesquisa:

> Enquanto as doulas relataram para as participantes os pontos negativos e positivos de cada uma (das maternidades em pauta), segundo seus levantamentos e experiências, um termo surgiu me chamando muito a atenção: “roleta russa de equipe”.
>
> O teor da preocupação é que em uma mesma maternidade, você pode ser atendida por uma equipe maravilhosa ou péssima.

> Dentro dessa ‘roleta russa’, uma doula relata ter tido sua melhor experiência de parto, que foi um parto normal com apenas uma intervenção, em uma maternidade que não costuma ser reconhecida pelo trabalho humanizado.
>
> Muitos comentários que seguiram reforçaram a ideia: ‘vai de plantão’, ‘foi assim por causa da equipe’, ‘cada plantão muda’. Estratégias como, ir na maternidade do convênio para ver quem está no plantão, dependendo quem estiver, ir para o SUS, foram meios apresentados como conhecidos pelas participantes, que demonstram os sentidos dados à essa insegurança da denominada ‘roleta russa’ (Observação 1 - Roda de gestantes Doulas Ponta Grossa, 2022).

Cada instituição cria seu modo de funcionamento. Protocolos internos, compromissos assumidos social e politicamente, e os próprios objetivos institucionais são criadores de modos de operacionalização a serem cumpridos pelos profissionais que ali trabalham. Porém, cada pessoa é também vinculada à sua cultura, formação profissional e história, e assim pode concordar ou oferecer resistência às engrenagens que movem essa estrutura. Emprestando uma definição de Williams que trata de relações internas e experiência social, podemos fazer algumas aproximações com as tensões acima apresentadas:

> Estamos então definindo esses elementos como uma “estrutura”: como uma série, com relações internas específicas, ao mesmo tempo engrenadas e em tensão. Não obstante, estamos também definindo uma experiência social que está ainda em processo, com freqüência ainda não reconhecida como social, mas como privada, idiossincrática, e mesmo isolada, mas que na análise (e raramente de outro modo) tem suas características emergentes, relacionadoras e dominantes e na verdade suas hierarquias específicas (Williams, 1979, p. 134).

O HUMAI é um espaço compartilhado por diferentes grupos profissionais. Cada um desses grupos apresenta uma tendência no modo de pensar um assunto como o exemplo aqui tratado sobre o parto em casa. Dentro das categorias profissionais médica e de enfermagem, ambas se manifestam desfavoráveis ao parto sem assistência. Porém a enfermagem apoia e atua no parto domiciliar planejado, enquanto a categoria médica desaconselha. Talvez por esse motivo podemos perceber uma diferença no acolhimento relatado por Letícia. Há também dentro dessas estruturas, ações de sujeitos que independem de sua categoria profissional.

Mas todas essas dissonâncias podem ser sentidas de modo mais materializado, nas dificuldades de definição de algumas condutas, como por exemplo a emissão da DNV. Sabendo de antemão que o assunto havia gerado dúvidas na equipe do HUMAI, perguntei à Letícia como obteve esse documento. Sobre isso ela relatou:

> Para ter acesso à DNV, a minha carteirinha de gestante e a carteirinha dela, de vacinação, a gente só conseguiria pegar depois que ela fizesse o teste do pezinho; e como tava em falta o papel do teste do pezinho em Ponta Grossa, a gente não conseguiu fazer nas 48 horas de vida dela. Foi feito acho que dois dias depois, quando chegou o papelzinho. Mas o hospital deixou tudo assinado, tudo certo, e nesse dia eles me deram a DNV (Letícia, 2022).

O tempo de permanência na maternidade após o parto, no HUMAI, é de 49 horas. Esse é o período de observação da puérpera e da realização das vacinas e triagens neonatais. Além disso, os serviços de apoio à amamentação e orientações sociais são oferecidos nesse período. Como Letícia não ficou no hospital por seu pedido, o acordo com a equipe foi a de retornar no prazo indicado para fazer o último exame neonatal que é o teste do pezinho[19], e nesse dia retirar a DNV e as carteirinhas da gestante e do bebê. Houve atraso na realização do teste do pezinho, mas a emissão da DNV foi realizada sem maiores problemas dessa vez, e em tom de surpresa e alegria Letícia conta:

> A gente correu no cartório na mesma hora e já registramos ela. Até porque eu tava com medo de rasurar aquela folha, não queria nem dobrar (risos). E eles mesmos me ligaram e falaram ‘ó tá guardado pro seu filho, venha amanhã de manhã’, e a gente foi e foi bem tranquilo. O registro dela foi mais fácil que o deles (Letícia, 2022).

Seguindo no mesmo assunto, Letícia segue apontando as diferenças nas experiências que viveu para conseguir o registro de nascimento dos dois filhos mais velhos:

> No deles eu não consegui a DNV. O Hospital não me deu a DNV. Eu fui encaminhada pelo Conselho para a juíza, que foi a mesma inclusive no caso dos dois. No segundo a juíza perguntou: ‘vocês de novo?’ (risos).
>
> O processo foi com testemunha, foto, e todo pré-natal feito pra provar que eles eram meus. Assim que eu consegui o registro. Demorou três meses para eu registrar os meninos, e dela conseguimos com 48 horas de vida (Letícia, 2022).

Não podemos afirmar se a facilidade encontrada no caso mais recente é uma mudança relacionada ao tempo decorrido entre os partos, ou se na “roleta russa” de equipes, Letícia foi sorteada por uma equipe que não oferecia tanta resistência em acolher um parto desassistido. Mas a “questão da DNV" aparece nas fontes construídas para essa pesquisa, não somente no caso do parto domiciliar sem

19 Exame feito a partir do sangue coletado do calcanhar do bebê e que permite identificar doenças graves, como: o hipotireoidismo congênito (glândula tireóide do recém-nascido não é capaz de produzir quantidades adequadas de hormônios), a fenilcetonúria (doença do metabolismo) e as hemoglobinopatias (doenças que afetam o sangue – traço falcêmico e doença falciforme).

assistência, mas também nos casos de Parto Domiciliar Planejado (PDP) com equipe de saúde.

Para entender um pouco sobre PDP em Ponta Grossa, duas entrevistas foram realizadas: Andressa, enfermeira obstetra que trabalha no HUMAI, e também é responsável pela equipe de parto domiciliar planejado “Lindo Nascer”; e Ana Paula, enfermeira obstetra que participou de uma equipe de parto chamada “Ventre Luz” que atendeu em Ponta Grossa, e que atualmente atua na equipe “Ama Nascer”, de Florianópolis-SC.

Em um momento da pesquisa já bastante avançado na construção das fontes, percebi que eu ainda não sabia responder se havia partos domiciliares planejados em Ponta Grossa. Como me propus a escrever sobre a história do parto na cidade, sentia que essa resposta precisava ser encontrada. Sobre como cheguei à primeira entrevistada sobre esse assunto, segue a observação que antecedeu a entrevista:

> Andressa é enfermeira e trabalha no HUMAI. Cheguei até ela, quando em certo momento da pesquisa precisava saber sobre a existência de partos domiciliares planejados em Ponta Grossa. Nessa fase, vi o carro da Andressa estacionado na rampa do HUMAI. “Lindo nascer, parto domiciliar planejado” estava na plotagem do vidro traseiro. A plotagem não era nova, estava um pouco desbotada, mas visível, como os intentos de promover partos domiciliares em Ponta Grossa (Observação que antecedeu entrevista com Andressa, 2024).

Durante a entrevista, Andressa relatou como vem investindo nessa modalidade de parto, tratando de encontrar meios para a obtenção da DNV em Ponta Grossa. Falou ainda sobre uma precursora na cidade, que havia conhecido em 2015. Essa precursora, como chama, é a enfermeira Ana Paula, com a qual Andressa me colocou em contato. Ana Paula também aceitou participar dessa pesquisa, compartilhando memórias do tempo em que assistiu partos hospitalares e domiciliares em Ponta Grossa.

Andressa, que é ponta-grossense, trabalhadora no HUMAI, fez sua graduação em enfermagem na cidade. Ela vem nos contar que há três anos está à frente da equipe Lindo Nascer, atendendo nas cidades da região, mas que até hoje não conseguiu que nenhum parto domiciliar em Ponta Grossa fosse concluído. Andressa nos relata como foi sua primeira tentativa de PDP, há três anos:

> A paciente mesmo sabendo do nosso começo de jornada, o desejo dela era ter um parto domiciliar planejado. Ela tinha tido duas cesarianas por opção mais ou menos dela né, já que ela achava que era dela. Então a gente foi preparando o terreno, e começamos a ir atrás do que precisaria.

> Daí tivemos a primeira experiência. A paciente locou uma casa, com banheira, piscina… A gente passou com ela várias horas, e daí, a gente acabou avisando a equipe do HUMAI. E não só a equipe de enfermagem, mas a equipe médica também. Agora eu não cometo mais esse erro.
>
> Chegou um momento que eu achei que estava demorando muito o trabalho de parto. Mas eu não tinha tanta noção de parto domiciliar. Ele é zero intervenção! E eu, acostumada a partejar no hospital. E foi nesse momento que eu avisei a equipe médica, pedindo um feedback. E a médica muito querida me disse: ó faz isso, tenta isso […] (Andressa, 2024).

Andressa avalia que avisar a equipe médica foi um erro, porque apesar de ter se sentido apoiada inicialmente, uma troca de plantão fez com que sua assistência fosse vista de outra forma:

> Aí ela passou o plantão para outra equipe, e essa nova médica ligou para meu celular. "você está assistindo um parto domiciliar, como está a paciente?' eu respondi que estava bem, estava devagar, mas o BCF estava bom. Mas aí ela me disse: "essa paciente é iterativa[20] Andressa! Ela tem duas cesáreas anteriores, ela tem que vir fazer a cesárea agora!"
>
> Eu me lembro de ter ficado muito nervosa e ter entrado no quarto onde a paciente estava e ter falado: 'a gente precisa ir para o hospital!' Ela olhou para mim e perguntou "Por que?" e daí eu não sabia porquê. (emoção, choro). Eu fiquei com medo e só disse: "eu vou ser prejudicada no meu trabalho se a gente não for". Essa foi a primeira experiência. Eu sinceramente não sei como eu tive coragem de voltar a pensar em parto domiciliar planejado depois disso! (Andressa, 2024).

Depois da ligação que recebeu da médica do HUMAI, Andressa conta que se encaminharam para o hospital, e que chegando lá a paciente foi diagnosticada em trabalho de parto estacionário, e foi realizada uma cesariana de emergência, pela qual o bebê nasceu bem e se recuperou bem.

O relato da experiência do que seria o primeiro PDP da equipe Lindo Nascer em Ponta Grossa, não nos traz informações suficientes para avaliar se a ida para o hospital e a indicação da cesárea foram realmente necessárias. Nem temos intenção de entrar nesse mérito. É premissa comum que a cesárea, quando bem indicada clinicamente, salva vidas. Mas outro ponto chama a atenção, quando a entrevistada nos fala sobre sua falta de experiência em acompanhar parto domiciliar. "Ele é zero intervenção", ela refere sobre essa diferença, percebendo estar acostumada a partejar no hospital, um lugar onde já vimos, é espaço de intervenções para o controle do tempo e aceleração do parto.

---

20 Iteratividade é a condição de mulheres que já foram submetidas a duas ou mais cesáreas anteriores. Até alguns anos atrás essa era uma indicação absoluta para a realização de uma nova cesárea, porém atualmente mais profissionais passaram a deixar a escolha da via de parto a critério da paciente.

Podemos retomar a já discutida relação das parteiras tradicionais com os tempos de parto. O respeito ao tempo de espera para a criança nascer, que pode se estender por muitas horas, conforme já visto em Maia (2013) não é uma possibilidade considerada no sistema capitalista. Nos hospitais, os partos costumam ser acelerados artificialmente. A enfermeira obstetra, experiente no atendimento ao parto hospitalar, percebe que precisa (re)aprender a lidar com o tempo. Parto no hospital e parto em casa parecem ter tempos diferentes, o que pode tornar a convivência dupla (nos dois modelos de assistência) difícil de manejar.

Ana Paula, em sua trajetória, nos mostra outras dificuldades em se trabalhar dentro de um hospital de modo paralelo à assistência PDP. Ela narra sua primeira experiência de emprego na obstetrícia, em um hospital em Castro-PR, do qual foi demitida por tentar promover mudanças no cenário obstétrico que encontrou repleto de violências, e no qual não havia espaço para atuação das enfermeiras. Uma discussão com um médico lhe rendeu a demissão, e após esse evento, conseguiu um novo emprego na Maternidade Santana, em Ponta Grossa. Ao mesmo tempo que atuava na Maternidade Santana, começou a se inserir no universo dos partos em casa, conforme relata:

> E paralelo a isso eu comecei a atender aos partos domiciliares. Aconteceu tudo meio junto, esse trabalho ali na Santana e os partos domiciliares. A primeira equipe que eu acompanhei ainda como aprendiz, foi a primeira equipe de parto domiciliar do Estado do Paraná, que foi o grupo Luar. E foi extraordinário ver a diferença que era um pré-natal feito por uma enfermeira obstetra, trazendo essa essência da parteiria tradicional junto… esse olhar ampliado, o cuidado, a sabedoria ancestral, a inclusão dos elementos da natureza na consulta. Aí eu falei: 'nossa, é isso que eu quero fazer na minha vida!' Mas eu ainda tinha um apego com essa maternidade. Então eu fiquei um tempo acompanhando essa equipe em Curitiba, às vezes ia para lá para fazer um pré-natal, até começar a atender os partos domiciliares em Ponta Grossa e região (Ana Paula, 2024).

Quando "parteiria tradicional" e "sabedoria ancestral", conceitos que sofreram tentativas de apagamento nas campanhas pela hospitalização que consideravam partos em casa antiquados e perigosos, surgem na fala de nossa entrevistada, percebemos profundas diferenças, e já podemos suspeitar das resistências que ela estava enfrentando ao atender partos dentro e fora do hospital. O novo partejar em casa do parto domiciliar planejado é um processo de trabalho que utiliza-se das evidências científicas, mas que revisita e inclui elementos que se perderam, dando pitadas dos saberes antigos como espiritualidade, conexão com o corpo, ciclos, massagens, aromas e respeito ao tempo natural. Esse novo/antigo modelo encontra

dificuldades de conviver com o modo hospitalar, e os conflitos, inicialmente silenciosos, começam a se expressar:

> Até que chegou um ponto que não dava mais para continuar no hospital e com esses acompanhamentos dos partos domiciliares. Até porque eu comecei a ter uma visibilidade do meu trabalho como enfermeira nos partos domiciliares, e ao mesmo tempo eu estava inserida dentro de um hospital, de uma cooperativa de médicos, extremamente conservadora.
>
> Eu comecei a sofrer assédio moral dentro da maternidade que eu trabalhava, em função dos partos que eu acompanhava fora do hospital. Comecei a sofrer violência verbal violência psicológica, e foi muito difícil continuar.
>
> Até que teve uma vez que eu sofri um ataque cibernético, que veio através de um profissional desse hospital, falando muito mal do meu trabalho, inventando mentiras para formar opiniões sobre o parto domiciliar.
>
> Eu estava passando por uma situação muito humilhante com um profissional da área médica, ali eu decidi que eu não iria continuar mais. Chega! Preciso preservar minha energia, minha saúde mental. Vou ficar só com os partos domiciliares. Eu pedi demissão (Ana Paula 2024).

Ana Paula conta que, entre os anos de 2013 a 2018, estabeleceu parcerias para realizar o sonho de montar uma equipe de parto domiciliar, montar um espaço para fazer encontro de gestantes e para fazer consultas de enfermagem, que, mesmo sendo algo previsto dentro da categoria profissional, “parecia ser inalcançável para uma enfermeira obstétrica naquela época, e em uma cidade tão conservadora”. (Ana Paula, 2024).

Andressa trilha um caminho parecido, porém ainda não alcançou o apoio pretendido na cidade. Ela conta que sua vez de investir nesse projeto iniciou em 2022, quase uma década depois da colega que chama de precursora:

> Aqui em Ponta Grossa, nós tentamos o primeiro há três anos. Como doula, é um trabalho que a gente faz há mais ou menos 6 anos como empresa. É outra face da obstetrícia. Mas falar de enfermagem obstétrica na assistência direta ao parto, faz 3 anos que nós começamos (Andressa, 2024).

Na trajetória de Ana Paula, porém, o projeto parece ter tomado proporções maiores, e gerou, pelo que nos conta, uma articulação de muitos sujeitos que partilhavam um intento de tornar conhecidos outros modos de assistência ao parto. Os sujeitos que foram se articulando compartilhavam a ideia que seria necessário e urgente que o parto fosse assistido sem a violência e a repreensão do desejo da mulher, como viam acontecer dentro dos hospitais da cidade.

> E foi quando eu conheci a Ana Maria, que é uma Doula, e que tinha vivido uma experiência de parto domiciliar em Florianópolis e um parto domiciliar em Portugal. A gente se conectou profundamente, logo ali. Eu já percebi que

> a Ana vinha com uma visão muito mais ampliada em relação ao modelo de assistência, e ela vinha com a ideia da criação de uma associação de proteção às mulheres contra violência obstétrica, e aí a gente decidiu começar a fazer alguns projetos juntas, e foi muito legal.
>
> Paralelo a isso, surgiu uma outra pessoa, que foi a Kelly, que se apresentou primeiro como fotógrafa que estava entrando nesse mundo de fotografia de parto, e aí um dia ela foi numa dessas rodas de gestantes e ela me contou que na verdade ela era enfermeira. E eu perguntei: 'você não tem vontade de estar mais pertinho desse universo da obstetrícia?' Um dia ela disse: 'eu quero mergulhar nesse universo também!' (Ana Paula, 2024).

As pessoas que foram se agrupando em torno desse projeto, tinham em comum uma perspectiva de humanização do parto, do direito de escolha das mulheres e de combate à violência obstétrica. Lembrando o que já tratamos sobre as mobilizações sociais e políticas que surgiram evidenciando os sérios problemas em Ponta Grossa, durante o período da maior crise de cenário obstétrico da cidade. Os discursos e estratégias adotados naquele momento, coincidem com os apresentados pelo grupo que aqui estava se organizando, que pretendia criar uma associação de proteção às mulheres contra violência obstétrica. Ainda sobre a mobilização gerada em torno do tema, Ana Paula nos conta:

> Nós fomos ampliando, fazendo encontros cada vez mais frequentes, os grupos aumentando cada vez mais. O número de mulheres querendo parir em casa ou querendo parir no hospital de uma forma humanizada foi crescendo também.
>
> E aí a gente decidiu ampliar o nosso olhar para o universo dos cursos.
> E nós conseguimos trazer para Ponta Grossa algumas pessoas muito importantes, que hoje são referências no Brasil todo, como a Ana Paula Caldas Pediatra e a Roxana Knobel médica obstétrica.
>
> A gente levou o Alexandre Coimbra, um psicólogo que trabalha com psicologia perinatal, muito maravilhoso, uma referência super importante também. Trouxemos uma psicóloga mexicana que trabalhava com um olhar mais holístico dentro de uma terapia integrativa, que é um conhecimento que ela trouxe do México.
>
> E conseguimos trazer a Naoli, que é a principal referência como parteira tradicional. Para mim a Naoli Vinaver e a Adelita Gonzalez foram as minhas maiores inspirações para que eu estivesse onde estou hoje (Ana Paula, 2024).

O grupo de Assistência ao Parto Ventre Luz, foi criado em 2015 e seguiu seus projetos e acompanhamentos até 2018. Olhando pela perspectiva do sucesso que essa iniciativa obteve na cidade, podemos ficar nos perguntando o que levou ao encerramento de suas atividades. Sobre isso, Ana Paula aponta uma tendência pessoal de desejar trabalhar em Florianópolis-SC, onde as políticas para o PDP e para

o parto hospitalar humanizado estão muito mais avançadas e encontram campos férteis para seu estabelecimento. Enquanto isso, em Ponta Grossa muitos desafios foram se apresentando. Ana Paula rememora alguns dos grandes desafios enfrentados na cidade, e elege como principal, a fragilidade do plano B:

> Tinham alguns desafios, que eu acredito que a Andressa passa até hoje, pelo que a gente tem conversado, que são desafios que eu não tenho aqui. E o desafio maior era o plano B. Uma mulher que escolhia parir em casa, se ela necessitasse de um hospital, era muito difícil que ela não fosse muito hostilizada. Não existe risco zero e não existe a garantia que vai dar certo. O plano B é uma realidade em qualquer lugar do mundo. Mas o plano B em Ponta Grossa era muito frágil em qualquer serviço: SAMU, chegar no hospital era muito frágil, e essa hostilização era muito cruel. Vendo essa realidade, eu pensei: não sei se vou ter energia suficiente para continuar esse trabalho aqui.
>
> E era muito traumático, porque as mulheres passavam por violências psicológicas terríveis. E foi ficando insustentável (Ana Paula, 2024).

O Plano B, assim chamado pelas nossas entrevistadas, consiste, segundo a resolução Resolução COFEN nº 737 de 02 de Fevereiro de 2024, na transferência da gestante para unidade de referência mais próxima ao seu domicílio ao primeiro sinal de intercorrência, gravidade ou complicação. Vemos que a regulamentação do PDP prevê essa transferência, assim como as maternidades públicas ou privadas que são referência para as gestantes que optam pelo PDP deveriam recebê-las sem resistências em casos de intercorrências. No entanto, as experiências de Ana Paula em Ponta Grossa, fizeram com que ela tivesse uma memória de “violências psicológicas terríveis".

Além desses, outro desafio descrito por Ana Paula, era relacionado ao espaço “Ventre Luz”.

> Quando nós fomos construir o Ventre Luz, eu estudei a RDC 36 todinha, junto com a Ana e com a Kelly, e o que a gente precisa adaptar nesse espaço; então a gente tinha um espaço amplo com dois banheiros.
>
> A gente construiu um consultório com parede de drywall, tinha acessibilidade para cadeirante, tinha banheiro feminino e masculino, tinha pia para lavar a mão em cada lugar, tinha tudo!
>
> Mas eu perdi as contas de quantas vezes eu fui até a prefeitura, na vigilância sanitária e eles nunca me liberaram o alvará.
>
> Existia uma negação mesmo, do que estava acontecendo. Não sei por quais interesses, se pessoais, políticos, médicos… enfim, alguma coisa da cidade mesmo, que impedia a gente de exercer o nosso trabalho. Eu comecei a ficar muito cansada (Ana Paula, 2024).

A existência de um forte ponto de disputas entre modos de cuidado de parto, rebate nas iniciativas que se fortaleceram, tornando-as insustentáveis, gerando nas palavras de Ana Paula: “A sensação que eu tinha, era que eu estava no meio de uma floresta, e cada galho, cada parte que você abria, vinha um animal muito selvagem para atacar”

Andressa mostra-se esperançosa para recomeçar, e recebe apoio da precursora Ana Paula. Conta que está com uma gestante de Ponta Grossa, com data prevista para o parto para o mesmo mês que me concedeu essa entrevista. Sobre sua interação com Ana Paula, Andressa conta:

> Daí a Ana me contou um pouco da história dela, e me disse: ‘aí não vai ser fácil, tem que estar disposta a encarar o desafio’. Eu estou! Já fomos em várias reuniões com a prefeitura. Mas sempre que tinha uma oportunidade de ter um PDP em Ponta Grossa, alguma coisa dava errado na prefeitura. E a gente entrou em contato novamente com a prefeitura, quando uma paciente que está com a DPP para 25 de abril entrou em contato com a gente. Estamos tentando conseguir a DNV (Andressa, 2024).

Ainda sobre os desafios, Andressa conta que para obter a DNV para esse parto que aguarda, fez uma petição no Ministério Público, e fez uma denúncia na ouvidoria do Cofen e no Coren, contando o que a Vigilância Epidemiológica está negando a DNV. “E estamos aí esperando o parto do dia 25 e esperando o que Deus vai nos proporcionar. E essa entrevista vai ter uma parte dois”. (Andressa, 2024) Sobre suas expectativas Andressa conta que deseja em breve ser uma enfermeira a ver uma DNV preenchida como PDP em Ponta Grossa. “Tá chegando perto do parto. Legalmente estamos prontos, e o nenê tá de cabeça para baixo”.

A expectativa de Andressa por essa que talvez venha a ser sua primeira experiência de PDP em Ponta Grossa, o relato de parto domiciliar desassistido de Letícia e as memórias de Ana Paula sobre um período em que os PDP aconteceram na cidade, apesar das dificuldades, mostram que nascer em casa continua fazendo parte. Os motivos e as condições de segurança de parir em casa se transformaram. Apesar disso, o apelo para que as mulheres se convençam a parir no hospital ainda tem muita força.

CAPÍTULO 3 – TECNOLOGIAS, SEGREDOS E TEMPORALIDADES DO PARTO ADENSADOS NO HUMAI/UEPG

A discussão sobre as tecnologias e intervenções empregadas no parto dos hospitais de Ponta Grossa, podem dialogar com um contexto histórico mais abrangente, que se inicia com instrumentos mecânicos que têm o papel de substituir as mãos das parteiras por mãos que usam ferramentas. Mas essa aparente substituição guarda seus segredos: costumes, subjetividades, práticas tradicionais sobrevivem, convivem, resistem, e talvez reensinam em espaços modernos alguns segredos que talvez não deveriam ser deixados de lado.

3.1 DO CONTROLE TECNOLÓGICO DO CORPO AO BANQUINHO, MASSAGEM E ESCALDA-PÉS: TECNOLOGIAS REVISITADAS

Tecnologia é um tema arrevesado. Pode tratar sobre o que existe de mais avançado em recursos virtuais, inteligência artificial e satélites de comunicação. Ou pode tratar, simplesmente, daquilo que é capaz de deixar a vida mais fácil. A questão é que a tecnologia tem muita história, e, portanto, teremos que definir as perspectivas pelas quais olhar para elas. Nosso objetivo ao tocar nesse assunto é pensar sobre como as tecnologias permeiam, modificam e são modificadas nas cenas de parto. A perspectiva que vamos perseguir, então, tem relação com as tecnologias relacionadas à saúde e ao parto, em todas as temporalidades adensadas no HUMAI. Vamos conceber a tecnologia, conforme Cupani (2011), como uma realidade polifacetada: não apenas em forma de objetos e conjuntos de objetos, mas como uma certa mentalidade. Ainda segundo o autor: “A essa presença multifacetada devemos acrescentar uma ambiguidade daquilo que aludimos como tecnologia” (Cupani, 2011, p. 12).

Os relatos das fontes orais construídas neste trabalho estão repletas de passagens sobre as relações cotidianas com as tecnologias, sendo dadas pelo uso de equipamentos, cirurgias, técnicas ou medicamentos, lembradas em seus contextos e depois comparados às novidades que surgiram.

Além do que é palpável em relação às tecnologias, entremeia essa relação a política e a cultura que as põem em movimento e atribuem significados. “A tecnologia

não é neutra e consiste em uma das principais formas de poder na contemporaneidade" (Mangini, 2018, p. 181).

Mangini (2018) apresenta como as tecnologias são classificadas em relação à saúde. Leves, são as que permitem a produção de relações, acolhimento e gestão; leve-duras, os saberes já estruturados tais como a clínica médica, e permitem um olhar construído a partir de certos saberes do profissional sobre o usuário; e duras, que são os processos que consomem trabalho morto (das máquinas) e trabalho vivo de seus operadores. Por trabalho morto, o autor entende, com base em Marx, o trabalho cristalizado, isto é, o produto de um processo de trabalho, que um dia foi trabalho em ação, mas tornou-se trabalho consolidado. O trabalho vivo é o trabalho em ato, momento de criação, de construção de algo novo, sempre posto em movimento.

"Antes-tempo", as coisas usadas no parto e o jeito de cuidar não carregavam o nome "tecnologias". Mas podemos identificá-las e categorizá-las, pois estão presentes nos relatos de partos mais antigos. Vejamos algumas passagens que nos levam a pensar em um trabalho vivo, das parteiras tradicionais. Dona Cândida conta:

> Eu carregava a bacia de zinco. Banquinho todo mundo tinha em casa.
>
> Tenho até hoje uma frigideira véia que eu cedia pras muié, porque numa panela não sai o cheiro mais. Você frita aquele bem pouco de milome, erva doce, vinagre, sal, álcool. Põe um pouquinho de água para ferver, só que tem dieta. Daí você faz o puxado, desde o bico da orelha, onde existe osso, a espinha. Termina esquentando de volta e puxa os pés. A gente amarra um pano na argamassa daquele remédio e vai espremendo e fazendo o puxado (Maria Cândida, 2022).

O "puxado" a que Dona Cândida se refere, consistia em um preparado de ervas, que ela aquecia e passava pelo corpo da mulher, e era indicado para fins identificados pela parteira durante a observação e conversa com a própria mulher. Também podemos observar que menciona que um banquinho e uma bacia de zinco seriam sempre necessários para o parto e para armazenar a placenta. O puxado poderia mudar as ervas dependendo dos sintomas referidos. A técnica do uso do calor e a escolha das ervas veio de um aprendizado herdado ou de experiências da parteira em sua trajetória. Podemos até arriscar dizer, da intuição que lhe era despertada em cada caso. Os resultados de um procedimento como o puxado, Dona Cândida mesmo ilustra: "As vezes ela vem aí e diz: 'querem ficar feliz, falem com a dona Candinha' (Maria Cândida, 2022). Os materiais/equipamentos para a aplicação dessa técnica eram: pano, tacho, fogo, água, ervas e álcool ou vinagre. Ainda sobre o fazer do

‘puxado’, Dona Cândida explica que o cheiro das ervas pode ficar impregnado nas panelas. Por isso a existência da “frigideira véia”, que era usada somente para esse fim. Um trecho de observação registrada em meu caderno de campo nos aproxima mais dessa cena:

> Após a rica conversa, desligo o gravador, agradeço, e peço para ver o tacho de puxada, a bomba do mate ruim, e as ervas que ela menciona ter no quintal. E partimos para essa caminhada em busca daquilo que pedi. A propriedade de Dona Cândida é uma caprichada chácarazinha. Um riozinho corre aos fundos. Ela me mostra o galinheiro e se orgulha das suas “engenharias” que permitem soltar as galinhas e recolher de noite. Uma edificação aos fundos da casa, lembra um paiol. Porém um rústico forno de pão e fogão à lenha mostra que ali também se processam alimentos. Ao entrar na edificação, a primeira coisa que dona Cândida me mostra é um cipó “milome”. Depois pega o pequeno tacho que utilizava para fazer o “puxado”. Aparentemente não tem nada de especial no tacho, mas ela me mostra dando ênfase ao fato de que “esse eu carrego nas casa pra fazer os puxado, porque é remédio fedido”. Esse cuidado revela uma realidade das famílias que atende, que não podem se dar ao luxo de destinar uma panela de uso doméstico para preparar um remédio (Observação que sucedeu a entrevista com Maria Cândida, 2022).

No decorrer dessa conversa, pedi para tirar uma foto do utensílio, e dona Cândida assentiu. Nós duas sabíamos que não havia nada de especial no aspecto daquele recurso, mas, conforme se enredou a história de seus usos, outro valor foi sendo atribuído.

Figura 14 - Dona Cândida mostrando a “frigideira véia” e a horta de ervas medicinais



Fonte: acervo da autora, 2022

Na segunda imagem, Dona Cândida está mostrando seu quintal de ervas que utilizava nos partos e nas simpatias. Explica que sempre cuidou pessoalmente desse quintal, pois se deixasse a capinagem em responsabilidade dos homens, eles não saberiam qual planta é remédio. Dona Cândida se mostra, com isso, conhecedora de todo o processo do cuidado, que como podemos ver, requer poucos equipamentos e muito trabalho vivo. O trabalho da parteira, portanto, se configurava como um acolhimento. Segundo Merhy (2009), o processo de produção de um acolhimento pode ser realizado até mesmo na rua, ou em qualquer outro espaço físico, pois neste caso, ocorre o trabalho vivo em ato.

As tecnologias conhecidas e aplicadas pelas parteiras tradicionais as colocavam em uma situação de poder e de responsabilidade em relação aos partos. A expectativa de que a parteira/benzedeira sempre saberia o que fazer, tornava muitas vezes a relação com a gestante impositiva. A narrativa de Dona Cândida nos mostra como conduzia as situações a partir dos recursos que tinha:

> Porque alguma ganhava de croque e outras era deitado. Deitado, depende do jeito… quando a pessoa tá muito derrubada, muito dobrada, a gente coloca um travesseiro (mostra região lombar) que fique caído, daí consegue a criança nascer.
>
> A gente tem que fazer elas obedecer, do jeito que é pra ser. É assim, é assim! Porque alguma é teimosa. (risos) alguma carece quase ponha uma maneia (risos). Alguma é rebelde, acha que a parteira é obrigada a aguentar tudo. Mas não é! A gente tem que ponha em ordem, eles tem que obedecer: é assim, é assim! A gente tem que fazer o possível de remédio, a massagem na barriga, conversar com a criança.
>
> A gente passa cada uma! que ó, é apuro, apuro! Tem muié que desmaia, e elas não conseguem. Uma vez eu tive que prender a perna da muié na minha perna, porque ela queria só fechar e tava nascendo. Isso tem que cuidar, porque tem muié que abre a boca, elas berram mesmo né?! E… não é de… quanto mais fechar a boca é melhor. Se ficar aaaahhh, pra fora, é pior. Quanto mais cerrar os dentes é melhor, que dá aquela força e a criança nasce. Eu mandava: não suspire pra cima, tem que suspirar pra baixo, forçar pra baixo (Maria Cândida, 2022).

Seria anacronismo dizer se o modelo de parto de Dona Cândida era humanizado ou não, pois esse conceito não foi conhecido por ela e nem pelas mulheres que atendia. Contudo, podemos perceber que algumas de suas técnicas e práticas permaneceram e outras são revisitadas para compor o que hoje temos nos conceitos de parto humanizado. Podemos pensar, por exemplo, sobre a posição para o parto, que nas atuais discussões se preza pela liberdade da mulher pela escolha da posição de parto. Dona Cândida não considerava que a mulher pudesse escolher,

mas a determinação partia da parteira. “É assim, é assim!”. Contudo, essa posição não era única para todas as mulheres, como vimos posteriormente em uma realidade hospitalar (deitada, em posição litotômica), mas “Alguma ganhava de cócoras”. Esse caldeamento de técnicas e tecnologias se adensa nos lugares de parto da cidade.

Nossa história cultural do parto, também mostra um segundo momento, onde o termo “tecnologia” foi amplamente utilizado. Como já visto o convencimento para que as mulheres ponta-grossenses escolhessem parir no hospital, utilizava justamente o argumento da tecnologia presentes em tal instituição. Seguindo a lógica de Mangini (2018), podemos pensar que os hospitais são ricos em tecnologias leve-duras e duras. Um equipamento bastante rememorado foi o Pinard. Margarida lembrou desse equipamento, e do Sonar significava a evolução da ausculta:

> Elas diziam: ‘ó, vocês ficam atendendo’, davam um Pinard para a gente ouvir os batimentos cardíacos de tanto em tanto tempo.
> Algum bebê, a gente já sabia que ia nascer morto porque a gente não ouvia. Mas era o Pinardzinho. Aí depois eu lembro que um médico comprou um Sonar. Não tinha gráfico, nada, só ouvia. Mas nossa, foi a evolução do tempo! E era proibido pra nós, só parteira podia pegar, Deus o livre que estragasse (risos) (Margarida, 2022).

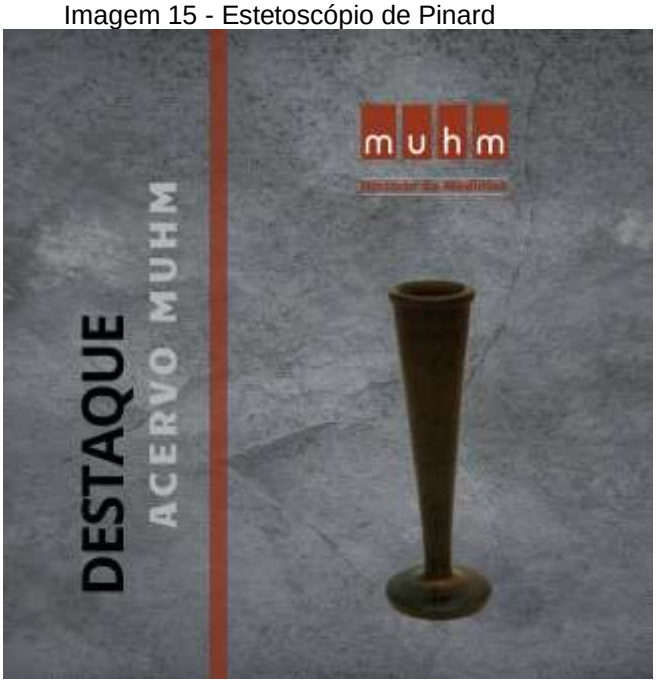
Sobre sua experiência com o Pinard, Amélia contou:

> A gente não tinha o Sonar. Pense na dificuldade. Era ainda o Pinard de madeira, era horrível de você ouvir o bebê. Eu não sei como a gente não perdia nenê. O Pinard de plástico, ele é bom, mas o de madeira que não tem a haste, ele vem inteiro. Ele só tem aquela rodelinha em cima, o buraquinho no meio e embaixo era tipo uma sainha, era trabalhadinho. E era com isso que você controlava o BCF da mãe (Amélia, 2024).

Ao final da entrevista com Amélia, procurei na internet uma imagem do Pinard. Mostrei à ela, e ela me disse que era mais ou menos assim, porém mais enfeitado. A referência que mostrei à ela é uma peça do Museu de História da Medicina, do Rio Grande do Sul. A imagem continha a seguinte legenda explicativa:

> Estetoscópio de Pinard. Em 1876, Adolphe Pinard criou o modelo monoauricular para uso obstétrico, conhecido como estetoscópio de Pinard. Possui um formato peculiar de taça que proporciona acústica para auscultar até mesmo o som do coração de um feto (Museu da História da Medicina do Rio Grande do Sul. Facebook, 2020).

Imagem 15 - Estetoscópio de Pinard



Fonte: Facebook, 2020

Dessarte, a discussão desse simples aparelho, e seu sucessor, o sonar elétrico, o que chama a atenção é sobre a quem pertencia a propriedade do equipamento considerado mais eficiente. Quem fica com o “Pinardzinho” é o profissional que está diretamente responsável por auscultar o BCF Fetal, pois o uso do equipamento considerado mais eficiente é restrito ao profissional que está mais distante da assistência direta. Essa lógica converge para o momento em que o hospital está sendo reconhecido como um campo de poder, cujas principais distinções são as tecnologias modernas.

No cotidiano das profissionais do hospital, os modos de cuidado estavam, na maioria das vezes, de acordo com um conceito de trabalho cristalizado, pois as técnicas aplicadas eram rotinas protocolares que precisam ser cumpridas.

> Era também orientação e a gente sempre colocava um sorinho com Syntocinon. Era um glicosado, que você usava 500ml e colocava 5 unidades de syntocinon, que era para ajudar na contração. Ele faz dois efeitos: ajuda na expulsão do nenê e no tempo depois ele ajuda a contrair o útero. A mesma medicação usada para a indução (Amélia, 2024).

Como já mencionado, a ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pelo corpo, e tem uma ação fundamental no trabalho de parto, pois é sua presença que estimula as contrações do útero. Também conhecida como “hormônio do amor”, pois o corpo é capaz de produzir ocitocina durante as trocas sexuais e durante o trabalho

de parto e amamentação. A tecnologia da ocitocina sintética é utilizada para induzir e acelerar o trabalho de parto.

> Desde os anos 1950, portanto, é uma substância sintética vinculada ao controle médico do parto, de modo a transformá-lo em um evento previsível, obedecendo a fases previamente definidas e transcorrendo em um espaço de tempo também até certo ponto definido (Nucci *et al.*, 2018 p 980).

O hospital como lugar de parir, como já tratado, na maioria das vezes é sentido como um ambiente que gera tensões e perda da individualidade. O paradoxo da utilização da ocitocina sintética, está em que o ambiente hospitalar não parece favorável à produção da ocitocina natural, e que a sua reposição sintética é utilizada não apenas para suprir essa falta, mas também para o controle do tempo.

> Ainda que não seja recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a ocitocina sintética é utilizada de forma rotineira em muitas maternidades brasileiras, com o objetivo de aumentar e acelerar as contrações (Nucci *et al.*, 2018 p 980).

Além dos elevados números de intervenções no parto e no nascimento, a exemplo da episiotomia e da ocitocina sintética, podemos, seguindo as classificações de tecnologias de Mangini (2018), pensar sobre o aumento de cesáreas, que mostram uma sobreposição da tecnologia dura em detrimento da leve e leve-dura. Perguntei à Margarida, se eram realizadas muitas cesáreas no período em que viveu sua experiência na maternidade do antigo hospital Vicentino: “Bem pouco. Mas era complicado a cesárea, porque ficava ali 24h sem se mexer, deitada. Então nossa […] paciente dava trabalho!” (Margarida, 2022). Acerca do crescente das cesáreas, Amélia faz relação com tempo e paciência:

> A Santa Casa continuou sem parteira, mas daí aconteceu muita cesárea. O médico não tem a paciência que a parteira tem, que a enfermeira tem, de sentar ali do lado e conversar, de ficar até o bebê nascer. Elas examinavam e largavam, então nascia muito bebê na cama ou se não virava cesárea. Bem complicado (Amélia, 2024).

A cesárea não foi sempre realizada do mesmo jeito. Margarida lembra de um período em que o procedimento necessitava de um tempo maior de recuperação, e que era evitada, pois envolvia chamar o médico. Significava a falha do processo. Amélia já refere que a saída das parteiras da Santa Casa, fez aumentar o número das cirurgias, e atribui a esse aumento à falta de tempo e de paciência do médico. O que podemos acrescentar a respeito do contexto do crescente número de cesáreas, esteve em conformidade com um processo de normalização da cesárea como modo

de nascer. Essa normalização tem relação direta com a hospitalização e medicalização do parto. Nakano *et al.*, ao tratar sobre a normalização da cesárea, traz a seguinte reflexão:

> O procedimento cirúrgico é reapresentado como um modo de nascer seguro, limpo, organizado e compatível com a vida moderna, com o trabalho produtivo intenso e com os impedimentos – sociais e biológicos – de se reproduzir nos modos "antigos", figurando como um evento de continuidade, e não de exceção (Nakano *et al.*, 2015, p.885).

Na história de Ponta Grossa, esse momento da valorização do procedimento cirúrgico, vem acompanhado da reestruturação dos hospitais, que precisavam evoluir para atender o novo modelo pautado nos processos modernos. Sobre tais diferenças, vistas a partir da reestruturação da Santa Casa, Doutor Fábio Mansani nos conta:

> Os hospitais na época eram… a maternidade Santana ainda funcionava, meio precariamente mas ainda funcionava ali, e o hospital Evangélico, ambos eram hospitais que tinham uma estrutura muito precária, assim no sentido… não precária, eram estruturas simples de atendimento: não tinham UTI, não tinham laboratório, exames de imagem, essas coisas, e a Santa Casa se caracterizou como sendo o único hospital que tinha uma infraestrutura capaz de absorver esse tipo de pacientes.
>
> A maternidade da Santa Casa foi uma conquista muito grande para a cidade de Ponta Grossa, porque não existia um hospital que desse suporte adequado para os pacientes. Então teve um boom desencadeado pela instalação dessa maternidade, que se baseava pela qualidade, pela seleção dos profissionais (Fábio, 2024).

Há uma relação entre as tecnologias modernas aplicadas ao parto, e a estratificação de risco gestacional. As intervenções ao parto são "mais esperadas" no alto risco gestacional. Assim, na história da cidade, a configuração da Santa Casa como referência para alto risco se deu pela sua nova organização com a infraestrutura. Sobre o potencial tecnológico visto na Santa Casa, Severino explicou:

> Houve uma melhora muito grande, a partir do momento que se disponibiliza algumas estruturas, você evolui dentro (das estruturas da obstetrícia), mas não que você precisa agregar novas.
>
> Atendimento presencial, humano, diagnóstico… a clínica sempre foi soberana. Essa é uma verdade na obstetrícia que ainda me parece atual. Claro que num patamar menor, hoje podemos fazer diagnósticos baseados nas alterações do doppler, do ultrassom, de fatores que clinicamente não se apresentam. Então a tecnologia de imagem, realmente o setor de radiologia foi fundamental. Não se faz uma obstetrícia de qualidade sem exames de imagem.
>
> E dentro da obstetrícia patológica, alto risco, isso é verdade absoluta. E a Santa Casa sempre teve, por ser um hospital de grande porte, e de atendimento de complexidade maior, sempre ofereceu essa estrutura de cardiotocografia, de todos apoios do setor de imagem, ultrassom, doppler,

> ressonância e tomografia. A obstetrícia necessita desses recursos, mas de uma forma não frequente, mas se lança mão dependendo da necessidade (Severino, 2022).

Doutor Severino pondera sobre o uso dos recursos de exames que estejam desprendidos da clínica. Defensor do plantão presencial do obstetra e da equipe qualificada em obstetrícia, também reitera sobre a ideia que gestação de alto risco, ou obstetrícia patológica, como chama, requer recursos mais complexos. Ainda sobre os números de cesáreas, Severino avalia:

> Quando você começa a agir mecanicamente, começa a generalizar. Às vezes entra o próprio interesse. Por exemplo, a paciente tem medo do parto. O médico às vezes porque não vai estar de plantão, então para ele é mais interessante que seja cesárea. Essa combinação pode fazer o médico direcionar, o que é totalmente desonesto, mas direcionar para uma cesárea, criar uma indicação onde não existe, e a paciente que já não está muito querendo o parto normal, ela aceita. Essa receita levou a índices absurdos de cesáreas, que a gente já viu (Severino, 2022).

Nos hospitais que se tornam referência para alto risco gestacional também são encontrados os maiores números de partos por cesariana. No Brasil as operações cesarianas são o modo de nascimento mais comum, atingindo uma média de 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país, segundo pesquisa Nascer no Brasil (2020 a 2022).

Como dito anteriormente, cesariana é um procedimento essencial à saúde materna e do bebê quando o parto normal não é favorável. No entanto, quando realizada sem justificativa, pode acarretar complicações. Paralelo ao fato das cesarianas indicadas por motivos clínicos, temos no cenário brasileiro, que se reflete na história cultural do parto de Ponta Grossa, uma suposta preferência por essa via de parto, mesmo sem real indicação. Um dos fatores que levam a isso, é que:

> O repertório das mulheres sobre o parto vaginal é repleto de imagens negativas, veiculadas também em novelas, filmes, programas de televisão, matérias de revistas e outras mídias. As histórias sobre alguém que “morreu de parto” ou um bebê que “teve problemas por causa do parto”, via de regra, referem-se a um parto vaginal. Segundo algumas mulheres, a utilização da cesárea como primeira opção e não como alternativa para casos difíceis evitaria os riscos, e essas situações não chegariam a acontecer (Nakano *et al*., 2015, p.892).

Tais repertórios têm relação com as condições de atendimento dos primeiros lugares de parto, que pela falta de recursos humanos, e pelo uso de intervenções de rotina, foram geradores de experiências negativas do parto normal. Muito do medo

que as mulheres sentem do parto normal está mais relacionado com o modo que foram assistidas suas conhecidas, do que pela própria dor do parto.

Ainda sobre as cesarianas, Nakano *et al.* apresentam em sua pesquisa sobre a normalização do parto cirúrgico que:

> Os motivos para a realização da cirurgia transcendem as razões médicas obstétricas. A cesariana é reapresentada como algo inerente à condição "moderna", uma "evolução", um modo normal de parir e nascer "nos dias atuais", adequado ao seu tempo, à "mulher de hoje em dia". Em contraste, o parto vaginal é "primitivo", "coisa de antigamente", "coisa do passado" (Nakano *et al.*, 2015, p.894).

Por detrás desses motivos pelo desejo da cesárea Doutor Northon acrescenta outras reflexões, conforme registrei sobre nossa entrevista:

> Pessoalmente, Northon se declara um profissional vaginalista. Essa declaração veio a partir de uma reflexão sobre a chegada de um tempo que ninguém mais queria parto normal. "Como hoje ainda, tem muitas que pedem cesárea, mesmo sem indicação. Eu sempre gostei de parto normal". A partir dessa reflexão, questiono a opinião dele sobre o que levou a essa preferência. Ele aponta como principais motivos a falta de orientação e o medo. "Disseram para a grávida que ela está com o pé na cova, e a cesárea é a salvação". E ainda crenças sobre o parto normal ser responsável por problemas ginecológicos, foi outro motivo identificado pelo entrevistado (Registro da conversa com Northon, 2022).

O parto hospitalar implicou na redução da privacidade, do poder de decisão sobre como e onde será o parto e quem a acompanha durante esse processo. Também inseriu uma série de recursos e procedimentos que não são naturais (Tornquist, 2004).

As tecnologias aplicadas ao parto representam uma forma de tornar o processo controlável. A obstetrícia moderna fez com que partos difíceis passassem a ser mais seguros, quando realizados em hospitais e com equipes especializadas. Porém, houve a recomendação para que todos os partos fossem hospitalizados e medicados.

> Devido a tantas transformações que foram desenvolvidas para melhor atender a equipe de saúde e a gestante, a parturiente passou de sujeito a objeto, ou seja, uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito de como o parto será conduzido. Notava-se que o usuário de sujeito passava a objeto do tratamento, de forma pouco esclarecida, acerca das decisões e consequências de tais procedimentos. Tais relações não pareciam seguir o preconizado pelo movimento de Reforma Sanitária. Foi então que, surgiu a hipótese de uma centralidade do atendimento no procedimento profissional (fortemente respaldado pelo cabedal tecnológico) e não no usuário, pois não parecia ocorrer uma construção do tratamento que melhor se adequasse àquele sujeito, e considerasse as suas singularidades, suas construções sócio-históricas, seus valores, suas crenças e sabedorias (Mangini, 2018).

As transformações tecnológicas dentro do campo da saúde e na assistência ao parto não poderiam deixar de tocar em uma das principais questões, que é a dor do parto. Podemos encontrar na história do parto, durante décadas do século XX, situações em que para as mulheres passaram pelo parto desacordadas, sedadas:

> Uma vez que o parto é descrito como um evento medonho, a obstetrícia médica oferece um apagamento da experiência. Durante várias décadas do século 20, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes (Diniz, 2005, p. 628).

Tal modelo de assistência acima descrito, ainda conforme Diniz (2005) foi abandonado quando a alta morbimortalidade materna e perinatal passou a ser considerada inaceitável. Porém, com o surgimento de anestesias mais seguras, as analgesias de parto fizeram parte de novas teorias ou movimentos de parto, que mais tarde se propagaram no Brasil:

> Essas preocupações são, de alguma forma, caudatárias das técnicas alternativas de preparação para o parto surgidas no âmbito da medicina a partir da década de 1930 e muito difundidas na década de 1950. “Parto sem temor”, “parto natural”, “parto sem dor” foram as palavras de ordem de um grupo de obstetras que buscavam levar às mulheres novas práticas de parto, com menos intervenções e mais conforto. A partir de meados do século XX, essas novas teorias sobre o parto, já difundidas nos países europeus e nos EUA, foram propagadas na cultura brasileira por meio de impressos, congressos, conferências e cursos. Seus divulgadores destacavam a importância da preparação da mulher e de seus familiares para o parto (Ayres, 2014).

A relação entre tecnologias e a dor e medo da dor do parto, bem como a preparação da mulher para o parto, são assuntos que foram abordados nas entrevistas. Perguntei ao Doutor Severino, por que as mulheres escolhem a cesárea, ele respondeu:

> Pela insegurança de achar que não vai ter condições. Mas isso é cultural. A partir de quando se começar, desde uma fase anterior, não a partir de quando se pensa em filhos, mas desde adolescência, a ver o parto normal como a melhor opção, aí é que se começa a mudar as condutas.
>
> Além da insegurança, as mulheres têm muito medo da dor. A dor é subjetiva. Eu já vi várias vezes a desfiguração da mulher. Elas precisam da analgesia como apoio que você pode oferecer. A cesárea não precisa entrar antes disso, mas acaba encurtando o caminho. Tem muita dor, vamos fazer analgesia. Mas tem uma série de questões, pois você tem que ter o anestesista presencial, à disposição da equipe para fazer a analgesia (Severino, 2022).

Severino defende que uma preparação precoce sobre parto, pode contribuir para mudança de um cenário das cesáreas por escolha materna. Além dessa

observação, ele também toca no assunto da analgesia como um recurso intermediário que antecede o parto cirúrgico. Buscando entender mais sobre o assunto, questionei se essa analgesia oferece risco, ao que ele afirmou:

> Sim. Você está medicando o parto. Então você tem vários riscos. Com o período expulsivo mais prolongado, algumas alterações maternas podem acontecer. Ela seria na verdade a alternativa anterior à cesárea. Para você não fazer a cesárea, teria um ônus menor uma analgesia. Mas na prática cada vez a gente vê menos (Severino, 2022).

Pesquisadoras da Universidade Federal de Minas Gerais realizaram um estudo com 978 partos, para avaliar se o uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto. Como resultados, as autoras descrevem que o uso de analgesia aumenta as chances de parto instrumentalizado e pode elevar a duração do trabalho de parto (Felisbino *et al.*, 2017). Pedi para Severino falar sobre como funciona essa analgesia no SUS, dentro do HUMAI:

> Na prática eu não vejo parto com analgesia. Eu acredito que é mais uma questão de não ter tido essa cultura. De começar a fazer isso né. Mas a lei[21] dificultou isso. Antes, quando a paciente dizia, estou com dor não quero continuar com o parto normal, você dizia: vamos tentar uma analgesia. Mas agora com a possibilidade da cesárea mais palpável, acho que foi uma dificuldade a mais (Severino, 2022).

Além de Severino, outro entrevistado que tocou no assunto sobre as analgesias, foi Doutor Fábio. Em sua opinião:

> A anestesia também foi uma parte que evoluiu muito. Os bloqueios, e as anestesias de parto também para o período expulsivo e depois evoluiu para analgesia de parto. Foram coisas que foram ocorrendo paulatinamente, e que agora algumas coisas estão voltando para trás. Muitas mulheres não querem mais analgesia, não querem fazer anestesia, querem fazer parto em casa. O mundo está se reinventando na obstetrícia, e nesse mundo eu não faço mais parte (Fábio, 2024).

Doutor Fábio explicou no início da entrevista que não trabalha na obstetrícia há muitos anos. Sua relação com essa área foi no início da sua carreira, e suas memórias compartilhadas nesse estudo versam mais sobre a trajetória de seu pai, que segundo nos contou, foi precursor da modernização da Santa Casa. Isso considerado, podemos observar na fala do médico que a atual reinvenção do mundo da obstetrícia lhe causa muito estranhamento, especialmente pelo fato dos questionamentos sobre as tecnologias que “evoluíram muito e agora estão voltando para trás”. O que está em

21 A lei referida pelo entrevistado é a Lei 20.127/20 – conhecida como a Lei do Parto Adequado, ou ainda popularmente como a lei da cesárea, que garante o direito às gestantes parturientes do SUS, em gestação de risco habitual, escolherem a via de parto.

pauta nessa reflexão do entrevistado, são os diferentes modos de viver o parto, e de qualificar a dor, e de avaliar os usos das tecnologias disponíveis.

A reinvenção da obstetrícia na atualidade, possui entre outras perspectivas, um deslocamento do ponto de vista de que as tecnologias médicas seriam sinônimo de evolução. Isso é capaz de trazer uma requalificação sobre o cuidado do parto. Assim, "voltar para trás" significa visitar as diferentes possibilidades vivenciadas historicamente, e procurar nelas técnicas e tecnologias que possam ser reintroduzidas nas cenas de parto. Uma, das várias menções sobre tecnologias revisitadas pode ser encontrada na fala de Doutor Northon:

> Citou a cadeira de parto, e fez comparação com a que é utilizada atualmente, mostrando retomadas de tecnologias que estiveram por algum período em desuso. O mesmo movimento ocorreu com o respirador Takaoka, que foi superado em tecnologias mais avançadas que permitem monitoramento dos parâmetros ventilatórios. Esse equipamento portátil e que não utiliza energia elétrica, durante o período mais crítico da pandemia, sofreu uma curiosa "engenharia reversa" para atender as demandas emergenciais. Para reproduzi-los utilizou-se inclusive de aparelhos doados ou emprestados por museus ou colecionadores (Northon, 2022).

As "engenharias reversas" como tratadas por Northon, não são entendidas como retrocesso, mas como retomadas de práticas, que atualizadas à luz de novos estudos e comprovações científicas, vêm sendo incorporadas à humanização do parto. Durante a pesquisa de campo, recebi a visita do meu orientador no HUMAI. Um dos trechos das observações registradas no meu caderno de campo, incluem uma reflexão sobre algumas equipamentos presentes na maternidade:

> Mostrei os equipamentos disponíveis ali: cavalinho, bola de pilates, banquinho de parto, o chuveiro. As tecnologias que muito interessam à uma enfermeira obstetra, e que muito interessam para uma Doula. (Observação 8 - a visita do orientador, 2023)

O registro acima, mostra uma interpretação da minha experiência, que me faz perceber que certos equipamentos, interessam mais para alguns grupos profissionais, que compartilham uma ideia de cuidado pautado no apoio e menos no controle do parto. Tais ideias são pautadas, entre outras, nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento, conforme OMS, são classificadas de acordo com evidências científicas através de pesquisas realizadas em centros de referências mundiais. Tais práticas são divididas em categorias como:

> Prática demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas, práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara que deve ser utilizada com cautela e práticas frequentemente usadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Dentre as boas práticas, estão os métodos não farmacológicos de alívio da dor, consideradas tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados durante o desenvolvimento da prática. Estas não necessitam de equipamentos sofisticados para a sua utilização, podendo ser aplicados até mesmo pelo acompanhante de escolha da mulher. Sobre esse assunto, examinemos algumas considerações de enfermeiras obstetras. Segundo Laryssa:

> Eu acredito que houve bastante evolução, principalmente quando os métodos não farmacológicos de alívio da dor vieram.
>
> Só a questão da mulher poder ter livre escolha na posição [...] como que as índias parem? De cócoras! Isso é uma das práticas que hoje a gente tem essa liberdade de posição.
>
> Ela poder comer eu acho que foi um ganho gigante. Poder tomar água! Quando eu lembro no Evangélico aquelas mulheres sedentas. Acho que elas faziam força porque elas queriam parir de uma vez pra tomar água! Era só aquilo que elas falavam. Isso são práticas simples, simplíssimas mas que foram se perdendo durante o tempo, depois foram retornando através de evidências (Laryssa, 2022).

A OMS (1996) categorizou como inadequada a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto e prejudicial o uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto. Segundo Laryssa, a readoção de práticas simples representam evolução no cuidado.

Segundo Baier *et al.* (2020), são exemplos de métodos não farmacológicos para alívio da dor que podem ajudar no parto: Aromaterapia, banho de chuveiro, banqueta, bola suiça, cavalinho, escalda-pés, massagem e musicoterapia.

> As práticas integrativas entraram também dentro da questão do parto: aromaterapia, práticas de hipnose que podem ser feitas para diminuir a intensidade da dor, Reiki, auriculo, acupuntura. Tudo aquilo que vem para somar, agregar, e que ela possa passar por esse processo de uma forma menos traumática, eu acho que é um ganho (Laryssa, 2022).

O campo das Práticas Integrativas e Complementares, segundo a OMS, contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, que buscam estimular os mecanismos naturais por meio de tecnologias eficazes e seguras. Arnica Montana, em nossa entrevista, falou sobre essas e outras práticas que estão sendo reconsideradas por alguns sujeitos das cenas do parto atual:

> Hoje a gente tem visto dentro do ambiente hospitalar, técnicas que as pessoas acham o máximo que estão descobrindo, mas na verdade estão redescobrindo. Nossos ancestrais sabiam muito na prática, como por exemplo controlar uma hemorragia pós-parto, sabiam até, como dizem as parteiras, “desvirar o bebê”.
>
> Usavam muitas ervas, garrafadas, banhos, e não se via casos de rafia. A rafia, que a gente chama, é quando a passagem do bebê pelo canal de parto faz uma laceração. Quando essa laceração é sangrante, hoje se resolve com um pontinho. Mas elas tinham umas técnicas em que elas usavam ervas que estancam esse sangramento, que ajudam na cicatrização.
>
> E hoje temos estudos científicos mostrando que o ponto é mais prejudicial, porque é um corpo estranho no organismo, ele incomoda, e por isso se retoma o uso, quando tem laceração até grau 2, de barbatimão, que é uma erva que ajuda na cicatrização. Isso nos mostra que está acontecendo esse resgate do que as parteiras já sabiam (Arnica Montana, 2023).

Um exemplo dos estudos mencionados por Arnica, pode ser encontrado no artigo Avaliação da atividade angiogênica da solução aquosa do barbatimão, de 2016, cujos estudos foram realizados na PUC Goiás. Segundo o que se apresenta nos resultados, concluiu-se que a solução aquosa da casca do barbatimão apresenta atividade angiogênica, que é relacionada à cicatrização. (Chaves *et al.*, 2016). Arnica Montana segue no assunto, fazendo referência sobre o que conheceu em sua experiência na enfermagem obstétrica:

> Tem esses estudos, mas na prática eu vejo muito pouca coisa aqui na cidade. Sobre os resgates das práticas, eu vi por exemplo o escalda-pés, quando ela tá no início ali, que se coloca uns sais e umas ervas em uma bacia de água quentinha, e você mergulha os pés da gestante para ela poder relaxar. Isso ajuda a relaxar os pés, é uma coisa boa, traz um conforto. Isso é um resgate. Outra coisa que eu vi ali bastante é o banho de chuveiro, exercício, elas terem liberdade para andar. Mas tudo isso foi trazido por um projeto de uma professora que tinha uma visão aberta e experiência - porque eu falo, que tem que ter as duas coisas: leitura científica e também experiência. As duas coisas tem que andar juntas.
>
> Outra coisa que eu vi ali também foram os óleos essenciais. Aprendi como usar a lavanda, por exemplo, para deixar a gestante mais calma. Outro uso, é que as gestantes têm náuseas mais no final do trabalho de parto, e com os óleos não precisava fazer medicação para náuseas, e isso fazia bem tanto pra ela quanto para o bebê. Se ela fica mais relaxada com a lavanda, ela acaba liberando mais ocitocina e consequentemente o trabalho de parto desencadeia mais rápido, e traz benefícios para ela nesse sentido, sem precisar ela precisar ir para a ocitocina sintética.
>
> Com o uso do óleo de lavanda ela consegue eliminar o hormônio do estresse, que é o cortisol. Cortisol e ocitocina não combinam. Se ela estiver ansiosa, estressada, com medo, libera o cortisol quando a gente está nessa situação, e ela não vai conseguir liberar a ocitocina. Então são coisas muito simples, e sem custo. Claro, o óleo essencial tem custo. Mas se você for pensar em uma ocitocina, eu não sei quanto custa uma ocitocina […] (Arnica Montana, 2024).

O assunto em pauta eram as tecnologias. No entanto, podemos observar quantas relações ao corpo e suas manifestações podem ser encontradas durante esse assunto. Quando o escalda-pés “relaxa”, o relaxamento é corporal. Da mesma forma, se a lavanda é capaz de auxiliar na liberação da ocitocina endógena, que é uma ação do corpo. Para refletir sobre a relação da tecnologia e do corpo durante o parto, podemos convidar a perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty (2006) pela qual para se compreender os fenômenos deve-se colocar a própria percepção do corpo como ponto de partida, superando assim o exercício meramente intelectual e racionalista.

Nessa perspectiva, e considerando a busca pela retomada da autonomia das mulheres durante o parto, as tecnologias aplicadas a esse momento, são coerentes quando vem ao encontro do que o corpo requer. Vejamos sobre como essa relação aparece no parto da Val:

> Até o momento não houve oferta de métodos de alívio da dor, bola, cavalinho, deambulação. Às 15:12h a enfermeira entra e informa que o leito ao lado será ocupado. Interna gestante adolescente, acompanhada pela mãe. No acolhimento às duas ouvimos a enfermeira instruindo o uso da bola, do chuveiro.
>
> Enquanto o biombo vai sendo posicionado de maneira a separar os leitos, chamo a enfermeira e aviso: ‘A Val ainda não foi orientada sobre os equipamentos’. Surpresa com a minha informação, a enfermeira então nos mostra o que tem ali, e Val rapidamente se interessa pela bola. "Isso é bom, já usei lá no Regional”. Logo começou a repetir os movimentos circulares com o quadril, conforme foi demonstrado.
>
> Vendo isso, perguntei se gostaria de massagem, ela disse que sim. Então apliquei uma massagem circular na região do quadril, utilizando uma técnica básica que aprendi nos cursos de doulas oferecidos pelo próprio HU.
>
> Mostro para Josnei como fazer a massagem e eles vão se integrando naquela novidade. “tem que cuidar porque ela tem cócegas” ele diz, e todos rimos (Observação 2 - Parto da Val no HUMAI, 2022).

Val rapidamente adotou a bola como equipamento para o alívio da dor. Entre o que foi oferecido, ela optou por aquilo que seu corpo respondeu melhor. A percepção do seu próprio corpo foi central para essa escolha, e assim, aquela tecnologia fez sentido para ela. Outro trecho da observação mostra mais sobre essa relação:

> Às 16:32h, Val retorna ao quarto (depois da caminhada no corredor) Ao retornar percebe que sua bola está no chuveiro com a adolescente. Fica mais silenciosa, parece procurar algo. Pergunto se quer outra bola. Aceita de imediato. Em cima da bola parece mais acomodada com a ‘dor enjoada’, como chama (Observação 2 - Parto da Val no HUMAI, 2022).

Merleau-Ponty apresenta uma passagem sobre o cego e sua bengala, que deixam de ser dois corpos e passam a se apresentar como um esquema. Deixando-se penetrar por uma nova significação, ou seja, utilizando-se de um objeto para se relacionar com o mundo, o cego “assimilou a si um novo núcleo significativo” (Merleau-Ponty, 2006, p. 203). Podemos usar essa metáfora para pensar a relação da parturiente com a bola ou outra tecnologia que escolha à partir do seu corpo: quando o equipamento vem para integrar consigo, deixa de ser um objeto externo, e passa a ser um meio encontrado para lidar com a dor. Esse uso da tecnologia não foi imposta, e sequer precisou ser explicada para Val, pois ela sentiu no corpo como aquilo funcionou para ela.

Arnica Montana também faz uma reflexão sobre o uso de intervenções e tecnologias, relacionando como estas podem ser reduzidas quando sinais relacionados ao corpo e à privacidades são observadas:

> O profissional deve saber identificar o seu papel: que não é ficar colocando a mão e usando medicamentos sem necessidade. Mas é saber identificar se o trabalho de parto tá evoluindo, sem precisar fazer um toque. É possível só pela altura, pelo tempo da contração… o corpo da mulher fala. Eu consigo ver esse trabalho de parto evoluindo, se eu tiver claro o que é a fisiologia do parto, eu consigo identificar o que é o normal. Raramente você precisa ficar tocando.
>
> Outras coisas que mostram isso, é a questão da privacidade, do companheiro estar junto, da família estar junto, do quarto escuro.
>
> Sabe o porquê do quarto escuro? O quarto escuro é para evitar o estresse, para que a mulher consiga escutar seu corpo, respeitar a privacidade dela. Tudo isso a gente está vendo de volta (Arnica Montana, 2024).

No cotidiano do trabalho na maternidade, não é incomum ouvirmos dizer que a mulher “está na partolândia”. As primeiras vezes que ouvi a expressão, fiquei curiosa e fui perguntar para uma enfermeira o que significava. Ela me disse que é um momento do parto que parece que a mulher está “em outro mundo”, porque ela está muito concentrada no seu próprio parto. Nesse momento é muito importante respeitar a privacidade, para que ela possa se manter na concentração em seu próprio corpo em parto. Sobre sua experiência de partolândia, Letícia compartilhou:

> Lucimara: Que recursos/equipamentos você usou para seus partos?
>
> Letícia: massagem, energia dos pais. Usei a bola durante os pródromos, mas durante o trabalho de parto nem deu tempo de pensar nisso, porque quando começa já é no período ativo para mim. E eu desligo né. A gente entra dentro da gente parece. A primeira contração não foi tão intensa, era daquelas que a gente ainda tá pensando.

> Eu fiquei sozinha nesse primeiro momento, vim para a sala. Meu filho estava dormindo aqui. Eu fiquei só sentindo até às oito da manhã. Daí quando deu às oito da manhã eu comecei sentir de verdade, e fui acordando as pessoas porque o negócio tá ficando intenso. Aí que eu senti a necessidade de ter pessoas. Até então eu queria ficar sozinha, na famosa partolândia, e focar onde eu to sentindo a dor, como ela é, e focar em relaxar.
>
> Quando a gente foca, sente mais dor, mas eu pensava: se eu conseguisse focar para ficar relaxada, aquele momento de entrar dentro de mim era para estar concentrada. Quando alguém falava alguma coisa perto, eu: 'aih, fiquem quietos, não falem nada, que vocês me tiram do foco'. E me tirava da calma que eu estava conseguindo ter. Como quando você tá quase dormindo e alguém faz um barulho e te acorda, e você até leva um choque.
>
> Era tipo essa sensação e eu ficava brava com eles. "fiquem quietos, me deixem sentir aqui" eu só queria continuar nesse silêncio que tava bom, funcionando. 'E não tira a mão das minhas costas!" (risos) (Letícia, 2022).

O parto é uma experiência no corpo. Sentir o parto de modo consciente, aparece na narrativa de Letícia como o fator que a possibilitou parir sem intervenções. "focar em sentir a dor, como ela é, e focar em relaxar". Poder ficar brava com as pessoas que estavam lhe acompanhando, pareceu possível por estar entre familiares. A percepção de Arnica Montana, sobre "evitar o estresse, para que a mulher consiga escutar seu corpo" vem reforçada na experiência de Letícia. Outra passagem que faz relação com o dito por Letícia, sobre a "sensação de ser acordada e levar um choque", está em um registro em meu caderno de campo sobre a entrevista com Laryssa:

> E a minha entrevistada embalou: Histórias do tempo do Evangélico, do tempo da Santa Casa, do tempo do Regional. Junto disso, questões legais das boas práticas do parto, reflexões sobre seu início profissional e a influência de uma realidade intervencionista. A narrativa foi ficando bem boa, quando de repente entra uma pessoa na sala, de rompante. Anunciava que ali chegaria um armário novo. A expressão da anunciante era de satisfação, pois um armário novo é sempre bom!
>
> Não soube muito bem o que fazer com a entrevista… páro a gravação, espero um pouco? Parei. Levantamos, demos licença para a entrada do armário. Observamos a breve discussão daquela equipe sobre o melhor lugar para colocar o armário. Um tempo decorrido aquele barulho todo se aquietou. Nos encontrávamos prontas para continuar. Rimos da situação, e num movimento não tão natural recomeçamos.
>
> Terminada a entrevista, desliguei novamente o gravador e comentei: ficou Lary parte 1 e Lary parte 2. Rimos, e ela disse: parece quando a mulher tá parindo e entra alguém com tudo na sala.
>
> Tem gente na cena do parto que parece esse armário: até é importante que entre, mas entra na hora errada, do jeito errado. E atrasa tudo (Observação que antecedeu entrevista com Laryssa, 2022).

Podemos afirmar, a partir das narrativas acima, que tão importante quanto saber como proceder na assistência ao parto, é saber quando intervir ou não. Se

estamos compreendendo tecnologias não apenas em forma de objetos mas como uma mentalidade, então podemos dizer que o respeito com a partolândia é uma importante tecnologia de parto.

Para entender melhor sobre a partolândia, essa foi descrita por Silva *et al*. (2018), como estado incomum de consciência no parto, para a experiência existencial da mulher:

> Na experiência de mulheres parturientes envolve estados de modificação na percepção de espaço e tempo, emocionalidade e intuição aguçadas, vivência e expressões ligadas a processos instintuais, profundos insights psíquicos, revivescência de traumas. O conjunto destes estados tem sido designado pelas próprias mulheres como partolândia, e apresenta uma relação direta com o território de nascimento. Quando nele a mulher se sente segura e tem resguardada sua privacidade, pode relaxar e permitir que nela opere níveis mais instintuais de seu corpo mente espírito, que vão assumir o processo parturitivo mediante a liberação dos hormônios necessários à evolução do processo de parto (Silva *et al*., 2018, p. 640).

Do contrário, em circunstâncias de insegurança e violação do espaço, o estado de alerta inibe o trabalho de parto, prolongando o processo e abrindo caminhos para intervenções de tecnologias externas, ou seja, não escolhidas ou não conhecidas pela parturiente.

Sobre as expressões instintuais (ou instintivas), podem ser mencionados os gritos, ou uso da voz, durante o trabalho de parto. Segundo Mendonça *et al.* (2021), do uso da voz faz parte do trabalho de parto, pois é uma expressão comportamental que a mulher acessa ao vivenciar o parto. Apesar disso, muitas mulheres são reprimidas para não gritar. Laryssa, ao relatar sobre como muitas mulheres chegam na maternidade com instruções ou memórias sobre a impossibilidade de usar seu recurso da voz, nos conta:

> Então a gente tenta conversar com essa mãe, e as vezes ela até se assusta: ‘nossa, mas eu posso ficar em pé? Eu posso ficar na bola? Eu posso gritar? Como assim eu posso? Minha mãe falou que eu não podia gritar. Se eu gritasse as enfermeiras não iam me atender’. Tem essas falas ainda. Elas vêm com esses resquícios ainda de quando não se podia gritar. Mas não porque não se pode, mas se dizia isso apenas por comodidade do profissional que estava assistindo o parto dela que não queria gritos no ouvido dele. Em nenhum momento se estabeleceu que o grito traria consequências.
> O choro incomoda, alegria incomoda, o sorriso incomoda, a felicidade às vezes incomoda (Laryssa, 2022).

Ainda segundo o estudo de Mendonça e*t al*. (2021) o significado de usar a própria voz como um recurso no trabalho de parto pode se mostrar de diferentes formas: como expressão do medo do sofrimento, ou como expressão de liberdade

para viver a experiência da parturição. Perguntei à Letícia se ela se lembrava como vocalizou no seu parto em casa. Ela me respondeu:

> Não foi grito, foi bem vocalização mesmo. Aquela coisa que é meio que um gemido, que só sai, que você não força. Não chegou a ser um grito, realmente. Foi bem baixinho na verdade. Não cheguei a gritar assim. Uma coisa assim, poderia dizer um urro talvez. Uma coisa que vem de dentro.
>
> Eu pensava em não gritar para não forçar outra parte do meu corpo, e focar aqui. O que sai depois disso é meio que instintivo. Não pensei 'agora vou gemer' isso só vinha (Letícia, 2022).

Os exemplos das entrevistadas trazem diferentes modos de lidar com o uso da voz. Laryssa expressa uma carga de vergonha e receio de usar a voz, trazidas pelas mulheres que foram reprimidas para o silêncio na hora do parto. Já Letícia, relata como deixou de lado o que poderiam pensar, e se permitiu uma viagem interior, ouvindo seu corpo e se permitindo ser uma mulher parindo e usando seus recursos internos.

A repressão para o silêncio tem história em nossa cidade. Amélia apresenta suas memórias dos gritos dentro do pré-parto:

> O pré parto era grande, e isso era uma gritaria só! A multípara é uma paciente ao mesmo tempo boa de você cuidar, mas ao mesmo tempo não tão boa, porque ela é muito quieta. Essa é uma paciente que te exige mais atenção. Você tem que conhecer o rosto dela, você observa pelo rosto só, porque elas disfarçam muito, ela não dá a entender que tem dor. Mas as primigestas, ou também às vezes uma segunda gesta, era choro, era grito, era xingação. Elas queriam sair correndo pelo corredor e era difícil! (Amélia, 2024).

Talvez o que Amélia nos indica, é que a multípara já havia aprendido a ficar em silêncio. Abdicou de técnicas instintivas presentes no seu corpo, para se submeter às técnicas e tecnologias que estavam sendo impostas dentro do hospital. A hospitalização e medicalização do parto que apareciam como meios para reduzir índices de mortalidade, vem apresentados como mesmo processo que retira possibilidades de uso de recursos do corpo, como por exemplo o uso da voz. No aspecto da hospitalização e medicalização, Laryssa faz a seguinte reflexão:

> Houve toda a parte da hospitalização, da medicalização, e não posso julgar que isso foi ruim, porque salvaram muitas vidas, mas parece que é um círculo, e a gente tá vindo lá de quando ela era protagonista com a parteira, dentro de casa, depois a gente passa por todo modelo médico, onde ela está deitada numa maca, sendo observada, analisada e agora a gente vem de novo tentando trazer para dentro do hospital esse modelo do protagonismo dela, da parteira, com as doulas, do enfermeiro obstétrico tendo conhecimento para intervir dentro de uma emergência, que é o que vai fazer a diferença entre o que é o fisiológico e o que pode se transformar em patológico no processo. Eu tenho partido muito dessa observação (Laryssa, 2022).

As tecnologias que foram aperfeiçoados no decorrer da história, inclusive pela hospitalização, tem grande importância para o atendimento das intercorrências do parto, podendo ser decisivas para salvar vidas e evitar comorbidades. Também podemos encontrar tecnologias antigas sendo revisitadas, ganhando segurança de uso a partir de estudos científicos, permitindo, por exemplo, alívio não farmacológico da dor. Essas tecnologias, contudo, quando aplicadas de modo indiscriminado, podem tirar o lugar da experiência da mulher em seu corpo. A capacidade de mergulhar dentro de sua própria experiência de parto compreende segredos e subjetividades, muitas vezes desconsiderados no atual contexto de assistência ao parto. Mas segredos não são coisas que deixam de existir, e sim coisas que escolhemos com quem compartilhar.

3.2 SEGREDOS E SUBJETIVIDADES DO PARTO E DO LUGAR DE PARIR

Esse tópico tem profunda relação com minha primeira motivação para escrever, desse modo fenomenológico ou até subjetivo, sobre a história cultural do parto que se adensa no HUMAI. E tal motivação começou, quando perdi a pressa ao atender, como assistente social, as mulheres e suas famílias. Com uma atitude profissional mais madura, (que significa mais desprendida de protocolos) depois de uns cinco ou seis anos na maternidade, associada ao gosto e aperfeiçoamento na lida com a história oral, comecei a convidar as mulheres a interagirem durante meu atendimento. Por vezes, eu até me permito puxar um banquinho e me demorar ouvindo as famílias cujas histórias se entrecruzam na maternidade.

Nem sempre, mas às vezes, a situação passa a uma roda de conversa durante a qual as pessoas contam rindo das “coisas proibidas” como garrafadas, chupetas que já ganharam da sogra ou da mãe, dos cuidados com a dieta, dos chás e das simpatias.

Mas nem todo assunto surgido nessas conversas são leves ou divertidos. Muitas confidenciam que vieram orientadas por outras mulheres para não gritar e não contrariar os médicos e enfermeiras, “senão eles podem te judiar”.

Observei que, quando perdemos a pressa, chegamos mais perto dos segredos. Quanto mais elas percebem que eu me interesso pela vida como ela acontece de verdade, mais histórias eu acumulo. São histórias que não podem ser contadas para

todos os profissionais de dentro do hospital, porque muitos não têm esse tempo de ouvir, ou as reprovam ou simplesmente as colocam em descrédito.

Tais atendimentos me deixavam muito reflexiva, porque eles traziam conteúdos muito diferentes daqueles vindos do modo protocolar de fazer uma entrevista familiar. Na escuta protocolar, que o hospital oferece, há uma tácita encenação profissional/paciente.

Nós, assistentes sociais, questionamos aquilo que precisa compor as informações de prontuário, repassamos orientações de normas, rotinas e direitos. Informamos sobre uma rede de serviços que está disponível após a alta. Perguntamos sobre como foi o pré-natal e o parto. Cria-se uma atmosfera propícia para que seja dito o que queremos ouvir, e não muito mais do que é necessário, porque também somos consumidas pelas rotinas que temos que vencer. “Qual sua composição familiar?; quem trabalha?; quem estuda?; que serviços da rede sua família está inserida?”. Essas são questões pelas quais pensamos que iremos conhecer a realidade das mulheres atendidas na maternidade. Tais informações são importantes. Mas estão muito longe de refletir elementos que atravessam os sentidos da gestação, parto e puerpério das mulheres atendidas no HUMAI.

Como pesquisadora, me tornei interessada nesses segredos e subjetividades que fazem parte da história cultural do parto em nossa cidade. Conforme a pesquisa foi se desenvolvendo, outros foram se expressando: alguns costumes guardados como segredos porque “ninguém vai acreditar”, como simpatias, orações, dieta, fé. Outras coisas são deixadas em segredo porque “ninguém quer saber”, como sangue, cheiros, dor, medo, morte e violência. E o que se guarda em “segredo por auto-proteção”, como parto em casa, aborto, entrega. Cada um desses segredos está representado nas nossas entrevistas.

Entre costumes guardados como segredos, podemos pensar nos exemplos das simpatias. Simpatia é o nome dado a uma superstição usada para curar ou alcançar algo desejado. A simpatia não está relacionada a nenhuma religião, mas faz parte das crenças e mitos populares. Podem influenciar como as pessoas sentem, pensam e se comportam. Simpatias são usadas em situações de ansiedade e incerteza. É como se fosse um aquecimento mental, um jogo-treino que pode ajudar a reduzir a insegurança da situação (Quintana, 1999).

Dona Cândida me ensinou uma simpatia que não requer nenhum instrumento. Usando um toque de mãos e uma oração:

> A gente fazia essa simpatia na boca do estômago da mulher: fazia uma oração de Ave Maria e Santa Maria, pra criança não suspender pra cima. Essa era a simpatia que eu fazia, e essa simpatia vale até pra vocês fazerem no hospital, não tem problema nenhum, por causa que ninguém pode brigar com você, se você vai cuidar de uma mulher e fazer uma simpatia com as mão assim: (mostra como as mãos devem ser sobrepostas e colocadas no abdômen da mulher) rezando Ave Maria pra Nossa Senhora, que ela ajuda no parto (Maria Cândida, 2022).

Ao contar como fazia, Dona Cândida aproveita o ensejo e me ensina a fazer. Quando destaca que ninguém vai poder brigar comigo se eu fizer essa simpatia, ela demonstra que reconhece os limites que tornam suas práticas preteridas no hospital. Essa simpatia, segundo ela, eu posso fazer até mesmo dentro do hospital, porque sua aplicação é silenciosa, e não requer nenhum recurso. A simpatia não é segredo. Ela ensina a fazer, propaga pela oralidade. Mas é necessário escolher para quem confiar. O segredo consiste em entender os lugares em que são permitidos, e as adaptações necessárias para a sobrevivência do costume, mesmo nos lugares onde ele parece não combinar. Com um viés muito parecido, ela dá outro exemplo:

> Depois que eles nascem, pra ganhar a placenta, não carece pegar lá dentro. Você faz a massagem na barriga e fala pra Santa Margarida: 'Santa Margarida, que tire essa carne morta que essa mulher tem na barriga'. É uma simpatia, nem que seja no teu coração, não precisa do médico que tá junto, não precisa ele saber como é o teu sistema (Maria Cândida, 2022).

A dequitação (ou nascimento) da placenta ocorre naturalmente após o parto, e normalmente não requer nenhuma intervenção. As contrações uterinas são capazes de expulsar placenta. No entanto, podem acontecer situações de retenção placentária, que requerem algumas medidas. Uma delas é a tração do cordão umbilical. Esse procedimento não é o desejado, por isso Dona Cândida tentava prevenir com uma simpatia. "Não carece pegar lá dentro". Da mesma maneira que no caso anterior, ela entende que a simpatia pode ser útil para mim, e me ensina que pode ser feita, "no coração".

Segundo Souza, 2011, a oração dedicada pelas parteiras para auxiliar no nascimento da placenta é: "Minha Santa Margarida, não estou prenha e não estou parida, tira os pedaços de carne podre de dentro da minha barriga". Ainda segundo a mesma autora, a oração, faz menção a carne podre, que neste contexto é a placenta, que já não tem nenhuma serventia e por isso precisa ser eliminada de dentro do corpo da mulher.

Dona Helena, é ainda muito conhecida pelas garrafadas para engravidar. Garrafadas é um composto de ervas, especiarias, por vezes bebidas alcoólicas utilizadas com diversas finalidades na medicina popular:

> Ela fazia bastante garrafada. Esses dias uma mulher queria uma garrafada porque queria engravidar. E teve muitos casos que a mãe fez a garrafada e a pessoa teve o neném. Depois de quinze anos de tentativa, depois de tentar tudo com médico, e que não ia mais ter filho, aconteceu. E só pode ser da garrafada (Dércia, 2022).

A filha conta que até hoje Dona Helena é procurada para fazer a famosa garrafada para engravidar, porém por sua condição de saúde, não pode mais atender. E por isso as pessoas estão até pedindo para que Dércia faça a garrafada. Dona Helena apoia que ela faça, mas Dércia declara que não é capaz, pois há um segredo no modo de fazer que ela não saberia reproduzir:

> Mas não adianta eu só lembrar da listagem, isso eu posso até lembrar: tinha noz moscada, cravo, canela, abuto… se eu voltar a memória eu vou conseguir lembrar da listagem. Mas o que adianta, se eu não sei o tantinho de abuto pra raspar… tinha uns que ela não raspava tudo, era metade. Então não é só saber a listagem, e daí? Você pode ter a receita de fazer um arroz, mas pra ficar um arroz igual o teu tem que saber o tanto que cozinha. Então eu expliquei pra mulher, que a quantidade que ia eu não lembro. Eu lembro que ela socava bastante, que tinha até um tergalzinho que ela guardava, recortes quadriculados. Ela batia, batia, e aquilo ficava bem moidinho, e ela ia jogando naquele vinho. Essa parte de como temperar eu não sei mesmo! (Dércia, 2022).

Segundo Passos *et al*. (2018) acredita-se que as garrafadas sejam diretamente derivadas da formulação jesuíta Triaga Brasilica, uma panaceia à base de vinho, mel e ingredientes ‘secretos’ que surgiu por volta do século XVI, no Brasil. Na época, acreditava-se que manter o segredo das formulações era essencial à eficácia das triagas, que eram vistas como remédios divinos mágicos.

As garrafadas não apareceram somente nas memórias das parteiras tradicionais. O costume é reproduzido por puérperas do HUMAI. Algumas receitas são para serem tomadas no pós-parto imediato, outras com quarenta dias passados do parto. Regiane contou uma experiência:

> Uma vez eu fiz um parto e logo depois que eu fiz esse parto a mãe da paciente chegou e falou pra mim: ‘enfermeira eu já posso dar a garrafada?’ Eu perguntei: garrafada? ela diz pra mim: ‘é aquela que a gente faz com ervas, porque a minha mãe dizia, que a minha vó dizia…’ eu perguntei pra ela: ‘não tem bebida alcoólica nessa garrafada né?’ Ela deu risada e falou ‘não, é só ervas’. Daí eu falei: ‘então pode dar, porque se tivesse bebida alcoólica eu não ia deixar. (risos) Porque a gente tem que respeitar a cultura de cada um também (Regiane, 2022).

Dentro da maternidade, a relação com o costume das garrafadas não é explícito. O assunto raramente entra em cena. Muitos profissionais, especialmente os mais jovens, não sabem do que se trata. Isso, especialmente, porque a maioria das receitas é usada no fim da dieta, que se dá aos quarenta dias após o parto. Val é adepta da garrafada. Ainda na maternidade, ela me contou que sua sogra é quem prepara a garrafada para ela. Quando a visitei em casa, ela já estava com todos os ingredientes preparados esperando pelo dia do uso. Segundo acreditam, a garrafada marca o fim do ciclo do recolhimento, e proporciona mais disposição e energia para a mãe.

> Pergunto sobre Dona Iolanda. Val parecendo lembrar sobre nossa conversa sobre a garrafada logo associa: “Ela vai vir aqui fazer a garrafada para mim domingo. Dia 10 fecha 40 dias. Mas eu já comprei tudo” aponta para uma garrafa de cachaça na estante, e se dirige até a cozinha. Volta trazendo três pacotinhos de ervas: Abutua, Pichurim e Noz moscada (Observação 2 - Parto da Val no HUMAI, 2022).

Figura 15 - Ingredientes para garrafada



Fonte: acervo da autora, 2022.

O uso da garrafada parece ser um costume que não interfere na relação direta com os profissionais da maternidade. Mas outros costumes podem gerar algumas tensões, pois afetam questões importantes para profissionais da saúde, como higiene e nutrição. Segundo Regiane:

> Tem aquelas questões mais difíceis, como ‘eu não quero que dê banho, não quero que molhe o umbigo… tem toda essa parte com a qual a gente tem que trabalhar também. No pós parto, na dieta, aquela mãe que está com uma dieta livre, que pode comer de tudo, a gente sabe que pode comer de tudo, mas que muitas vezes chega o almoço, chega a comida pra essa mãe e ela ou a acompanhante chama a gente e fala: ‘ah eu não posso comer isso, não posso comer ovo no pós parto, não posso comer feijão, tem que ser só canja’. Nesses casos a gente pede pra nutricionista explicar da alimentação, que não influencia em nada. Claro que você não vai comer uma feijoada logo no pós-parto que não é que vai fazer mal pro nenê, mas pra você mesma, porque vai estufar (Regiane, 2022).

Regiane mostra como a equipe multidisciplinar é chamada para intervir nas questões dos costumes avaliados como restritivos à saúde. A dieta livre durante o parto e após o parto é entendida como adequada pela perspectiva dos profissionais da saúde, contudo é recorrente que mulheres prefiram seguir um costume distinto. Além da alimentação, outro ponto que gera polêmica é sobre lavar o cabelo:

> Essas coisas são trabalho para equipe multiprofissional: enfermeira que vai junto com a nutricionista explicar, falar, mostrar. A enfermeira que vai lá dizer: não tem problema, você pode lavar teu cabelo, não vai acontecer nada… tem que ter aquele jogo de cintura com a parte cultural também, porque às vezes não é fácil. Tem algumas que a gente tenta mas depois respeita, por exemplo, eu já peguei paciente que me disse ‘não vou lavar minha cabeça por 40 dias’ e pronto. Daí a gente orienta que então pelo menos mantenha o cabelo preso, cuide de outras partes da higiene. Então a gente orienta, explica, fala o que é correto, mas a questão cultural é mais forte, e algumas até dentro do hospital podem fazer o que a gente orienta mas a hora que ela ganha alta, que vai pra casa vai fazer o que a cultura dela, que a vó, a bisavó, a vizinha, todo mundo fala (Regiane, 2022).

Val só me revelou seu costume de não lavar o cabelo durante a dieta, no dia que a visitei em casa. No trecho que segue, registrei o que ela comunicou sobre a relação com a avó e sobre como lida com as recomendações que ela lhe dirige:

> “Ontem fui na vó, estava com saudade”. Conta ainda que logo após retornar para casa a avó veio para ficar com ela. Mas que pelos costumes da avó, a puérpera tem que ficar mais deitada do que fazendo as coisas. "Eu fico com raiva de ter que fazer as coisas aos poucos”. Como a máquina de lavar não chegou a tempo, está tendo que lavar no tanque. Mas apesar de não ter muita paciência para alguns cuidados recomendados pela avó, Val refere cumprir outros. Por exemplo, sobre o polêmico costume de não lavar o cabelo durante a dieta. Isso ela afirma estar cumprindo. “Só vou lavar a cabeça quando fechar 40 dias”.
>
> Quando me falou isso, eu me sinto com alguma intimidade de perguntar: “mas aí, como que faz?” Ela me segreda que diariamente umedece, passa creme para pentear e depois penteia. Depois de seca prende o cabelo. Ela me relata como quem dá uma dica de maquiagem para uma amiga. Disfarçar a olheira com maquiagem e cabelo sem lavar com creme para pentear. Curiosamente não consigo perceber no aspecto do cabelo de Val algo que denuncie que não foi lavado há quase 40 dias (Observação 2 - Parto da Val no HUMAI, 2022).

As construções culturais sobre o cuidado no puerpério, ou dieta como esse período é conhecido popularmente, tem relação com o período em que a mulher está em maior vulnerabilidade para infecções, hemorragias, problemas relacionados à amamentação e mesmo à depressão pós-parto. As construções dos modelos populares de cuidado relacionados a esses riscos advém de um período no qual os acessos a serviços médicos eram nulos ou muito restritos. De modo empírico, as mulheres foram organizando seus rituais e recomendações para garantir a recuperação no pós-parto e evitar a recaída. Ainda com o advento da medicalização do parto, os costumes populares da dieta se mantêm vivos. Segundo Stefanello *et al*. (2008), apesar do puerpério ser considerado como período de maior vulnerabilidade, é uma fase em que a mulher recebe menos atenção pela equipe de saúde, pois estando no processo de internação as ações são mais voltadas à resolução do parto, e no puerpério são voltadas para o bebê.

No sentido histórico da construção da relação entre costumes e protocolos de saúde, podemos também considerar que no fim do século XIX e início do XX, surgia uma nova mentalidade que se propunha a cuidar da população, educando e ensinando novos hábitos. Convencionou-se chamá-la de “movimento higienista”.

> Por meio da Educação se formaria uma cultura brasileira e um povo mais saudável, com melhores condições de vida. Se a educação fosse democratizada, o povo poderia adquirir virtudes valorizadas na época, cuidaria melhor de si mesmo e educaria melhor seus filhos, preparando-se para o trabalho moderno e possibilitando ao Brasil um maior desenvolvimento. Seria mais saudável, pois aprenderia os novos hábitos higiênicos indicados pelos cientistas. O brasileiro criaria um sentimento comum de nacionalidade, uma cultura própria. Esse era o objetivo da intervenção da educação e da saúde. Com esse discurso, os higienistas colaborariam para a melhoria das condições de vida do trabalhador (Góis Junior, 2018).

Ainda segundo o autor, dentro do movimento higienista havia uma mentalidade heterogênea, com propostas que iam da regulamentação dos casamentos entre indivíduos mais aptos e esterilização dos menos, até a democratização da saúde e da educação. Mas não precisamos nos aprofundar muito para encontrar os sérios problemas do movimento higienista. Mesmo olhando para esse aspecto mais “leve” do movimento, que seria a educação para a higiene, que teria como objetivo melhorar a qualidade de vida humana, prevenir as doenças e aprimorar a saúde, esse discurso estava descolado da realidade material dos sujeitos a quem se destinavam. Nesses aspectos, o movimento higienista deixou muitas marcas nos serviços de saúde, que

criaram seus modos de educar para a higiene e bons hábitos. Um trecho da entrevista de Margarida pode nos ajudar a pensar sobre isso:

> No hospital naquele tempo já era dieta livre. Podia lavar a cabeça, podia tomar banho de chuveiro… só que daí a gente sofria porque as pacientes tinham outros costumes. Em casa muitas não tinham banho de chuveiro, como é que iam tomar no pós parto, que estavam de dieta? Lavar o cabelo a maioria não queria de jeito nenhum. Cultura de não lavar o cabelo (Margarida, 2022).

Podemos supor a dificuldade de se tomar banho sem o recurso de um chuveiro aquecido, em uma cidade como Ponta Grossa, cuja temperatura média anual é de 17,0°C. No contexto atual, não é tão comum nos depararmos com famílias desprovidas de chuveiro em casa. Porém não é tão incomum encontrarmos mulheres, que como Val, seguem, ainda que parcialmente, os costumes ensinados pelas avós. O cuidado ensinado pelo costume tem um apelo afetivo, e vem carregado de um olhar especial para a mulher. Isso talvez justifique em partes os segredos e permanências dessas práticas.

Algumas gestantes procuram levar para dentro do hospital algum símbolo que faça ligação com o cuidado afetivo e personalizado que tenha um sentido em sua história pessoal ou familiar. As superstições, as orações, os modos de preparação para o parto, são maneiras de se manterem conectadas consigo, mesmo no ambiente de pessoas desconhecidas. As demonstrações de fé são variadas, e na maioria das vezes discretas.

> Nesse momento, Val percebeu que vi a santinha que estava carregando. Me mostrou. Era Nossa Senhora do Bom Parto, que pertenceu à sua mãe. Ela se emociona ao contar como chegou às mãos dela quando o primeiro parto se aproximava. Peço para fotografar, e digo quanto achei lindas a Santinha e a oração, e principalmente a história envolvida (Observação 2 - Parto da Val no HUMAI, 2022).

Figura 16 - Imagem e oração de Nossa Senhora do Bom Parto



Fonte: foto da autora, 2022.

Podemos mensurar um pouco da força que esse pequeno símbolo portado discretamente por Val representa para ela, quando associamos a outro trecho que ela escolheu nos revelar:

> Ainda sobre a mãe, Val se emociona ao continuar: “minha mãe morreu faz dois anos. Ela me faz muita falta. Ela teve um câncer de intestino. Sofreu muito com tratamento e hospital.” Com lágrimas rememora a mãe: “Minha mãe foi uma guerreira. Criou os filhos sozinha. Meu pai é da Bahia. Minha mãe conheceu ele em São Paulo, e cuidou sozinha de nós. Conheci meu pai quando já estava adulta. Minha mãe veio para Ponta Grossa, para casa da vó com duas crianças pequenas. Pai já vem! Não veio” (Observação 2 - Parto da Val no HUMAI, 2022).

Outro trecho deixa bastante evidente a relação de Val com suas crenças, e como o elemento religioso a acompanhou desde o planejamento da gestação:

> Ela, que é mãe de três meninos, resolveu tentar a menina. "Tirei o DIU, e fiz um pedido para Nossa Senhora Aparecida, para vir uma menina. Por isso minha filha vai se chamar Kauane Aparecida” (Observação 2 - Parto da Val no HUMAI, 2022).

Outro exemplo de uso de recursos religiosos na maternidade, encontrado durante a pesquisa, foi utilizado pela mãe de uma adolescente que dividiu o quarto de pré-parto com a Val. A música escolhida pareceu tranquilizar aquele momento. A passagem está registrada no caderno de campo no seguinte trecho:

> A colega de quarto parece com dor mais intensa, contrações ritmadas, frequentes. Val comentou: ‘vai ganhar antes de mim’. A mãe da adolescente coloca no celular uma música religiosa, música de louvor. O som é baixo, mas podemos ouvir. Nesse momento vivemos longos silêncios. A adolescente não vocaliza dor, quase não exprime som. Mas todos sabemos que ela está muito perto de parir (Observação 2 - Parto da Val no HUMAI, 2022).

Os símbolos religiosos não aparecem somente portados pelas pacientes. No posto de enfermagem do HUMAI é possível visualizar um espaço onde vários símbolos religiosos são expostos. Imagens de Santas, bíblias, terços, orações. Uma variedade de objetos de conotação religiosa estão ali. Perguntei de quem foi a iniciativa de organizar esse cantinho, e as enfermeiras me responderam que ele “foi acontecendo”, que cada uma trouxe uma peça, e algumas foram doadas por pacientes, e quando viram estava assim. Mas que agora ninguém tira nada dali, porque se tem dias que já são difíceis com toda essa “ajuda”, imagine se tirar, me disseram

Imagem 17 - símbolos religiosos no posto de enfermagem do HUMAI



Fonte: acervo da autora, 2022.

Podemos observar que símbolos religiosos não são tratados como segredos no HUMAI. Estão expostos e as pessoas carregam consigo com certa naturalidade. Nesse caso, os segredos desse costume estão mais nos significados subjetivos que cada pessoa carrega consigo a respeito de suas experiências pessoais, familiares ou de comunidade. Não parece ser um problema tocar nesse assunto, porém, a escolha

comum é deixar que cada um siga com sua história em relação ao símbolo que carrega.

Outros segredos são aqueles que “ninguém quer saber”. Esses envolvem assuntos sensíveis, que causam aversão, medo ou negação. O nascimento é associado a um momento feliz. Dentro do hospital, a maternidade é referida como o setor “feliz” de se trabalhar, porque não é lugar de doença, porque é o setor da chegada da vida, e não da morte. Essas generalizações escondem uma série de situações, das quais algumas puderam ser observadas durante essa pesquisa. Podemos começar pela relação com a morte, que é um acontecimento presente dentro da maternidade, apesar do silenciamento sobre esse assunto.

No episódio registrado em meu caderno de campo como “a visita do orientador” estivemos diante de um óbito:

> Vejo a Regi vindo na minha direção. Ela estava totalmente presente no que ia me dizer: “Lu, podem recolher todo mundo da família da Marília (nome fictício) lá no quarto. A médica vai sair do C.O e vai falar com eles todos lá. O pai tá chorando muito, precisou ser atendido”. Eu não sabia nada do caso, não estava atendendo neste dia. Mas sei ler algumas colegas. E só perguntei “Foi óbito mesmo então?” Ela confirmou num gesto.
>
> Felipe permaneceu ao meu lado, em silêncio, compreendendo o que havia acontecido. A residente de serviço social Alana, recém chegada ao serviço estava atendendo a família. Soube porque quando abri a porta que dá acesso a recepção a vi com um grupo de umas 3 pessoas angustiadas. Chamei a Alana e ali conversamos baixinho, cuidando para que a família não nos visse, e assim juntamos parte das informações que eu tinha e parte que ela tinha. Combinamos que ela levaria todos para o quarto reservado para Marília, e lá aguardaram a médica para conversar.
>
> Alana se mostrou pronta para acompanhar o caso e chamou a família para entrar. Quando ela os recebeu, mesmo sem nada ser dito, a gravidade da situação foi entendida como confirmada por aqueles familiares. Entraram em silêncio.
>
> Eu trabalho faz tempo no Hospital. Mas acho que não importa o tempo, nem o número de mortes que você presencie: uma morte sempre terá o poder de te silenciar em alguns sentidos. Quando estou diante de um óbito, sinto como se todo aquele movimento que agita o hospital, se acalmasse te obrigando a contemplar a finitude da vida (Observação 8 - A visita do orientador, 2023)

Em seu livro “a morte é um dia que vale a pena viver”, a médica paliativista Ana Claudia Quintana Arantes inicia o tema apresentando como os profissionais que têm mais proximidade com a morte, muitas vezes ficam deslocadas nas rodas sociais, pois o assunto da finitude da vida não é desejado nos grupos. Quem trabalha em hospital precisa trazer o assunto da morte para sua vida. Mesmo na maternidade, que é o lugar do hospital onde menos se cria um imaginário sobre morte, é um lugar que ela se

manifesta. Abortos, óbitos fetais, óbitos neonatais e óbitos maternos parecem mexer muito com as emoções das famílias e dos profissionais, e uma das maneiras de lidar é o silêncio. São pelo menos dois tipos de silêncio relacionados à morte: um deles é um silêncio que se faz diante da situação, que vem da introspecção gerada pela perda que se visualiza. E outro, é um silêncio relacionado ao tabu, que nos faz falar pouco ou nada sobre a morte quando não estamos diretamente diante dela.

Outro acontecimento envolvendo morte, foi denominado no caderno de campo como “óbito fetal e outras dores”. Tal registro se deu após um atendimento à mulher que precisou passar sozinha pela notícia do óbito, parto e sepultamento de seu filho:

> Ana (nome fictício) estava sozinha. Ela, uma mulher de 41 anos, estava chorando de modo contido. Eu me apresentei. O médico já a conhecia. Logo, ele iniciou dizendo: ‘sinto muito, mas se confirmou o que havíamos conversado. Seu bebê morreu na barriga’ Ana assentiu com a cabeça. Não perguntou mais nada. Mas ainda assim o médico continuou: ‘A causa nós não sabemos. Pode ter sido uma má formação. Pode ter sido pelo cigarro. Mas não se culpe. Uma em cada cem gestações acaba em óbito fetal’.
>
> Um silêncio curto, e o médico continuou orientando sobre os passos seguintes: explicou sobre a indução do parto, e sobre as contra-indicações de cesárea para esses casos, ‘ainda mais no seu caso que você não sente o bebê mexer há mais de dois dias’. Ana perguntou como quem afirma: ‘então tem que nascer normal’ e o médico reforçou que sim (Observação 9 - óbito fetal e outras dores, 2023).

Ana não discordou do procedimento, apesar do termo indução não ter ficado tão claro, compreendeu que não seria submetida a uma cesárea. Nem sempre o protocolo para indução pelo parto normal é bem aceito pela gestante ou sua família em casos de óbito fetal. Regiane dá exemplos sobre isso:

> Vou dar um exemplo que é uma das situações mais tristes e conflitantes que a gente tem dentro da obstetrícia, que é na situação de um óbito fetal. Então assim: o protocolo mundial, o protocolo brasileiro e o protocolo da rede mãe paranaense, ou seja, estudado milhares de vezes e aprovado cientificamente, nos diz que quando um neném morre intra-útero, que é o que a gente chama de óbito fetal, independente da idade gestacional, seja 25 semanas, 30 semanas 36, 40 ou até 41 semanas que é o tempo que pode durar uma gestação, esse neném deve nascer de parto normal, que o ideal é que ele nasça de parto normal. A menos que a mãe esteja correndo um risco por uma outra situação a cesárea vai ser feita. Mas muitas vezes as pessoas lá fora não sabem disso, e a gente é condenado por isso: 'tá fazendo ela passar dor, induzindo um parto, porque estão com preguiça de fazer uma cesárea’ (Regiane, 2022).

Voltando ao caso de Ana, após o médico explicar sobre o óbito fetal e o parto que se seguiria, abre para dúvidas que ela quisesse apresentar:

> E após pergunta se ela tem mais alguma dúvida. Ela rapidamente diz: ‘e como faz pra enterrar? Eu não tenho plano e nem dinheiro’. Essa fala surpreendeu o médico, que me passou a palavra. Respondi: ‘eu tô aqui para te orientar sobre isso’ Ana pareceu se sentir acolhida sobre esse aspecto. Com isso o médico nos deixa (Observação 9 - óbito fetal e outras dores, 2023).

O acolhimento aos familiares e as orientações sobre fluxos funerários dos óbitos ocorridos no HUMAI ficam a cargo do serviço social e da psicologia. Sempre que possível acompanhamos o médico quando faz o comunicado aos familiares, e ficamos a disposição da família para o que se seguir de necessidades: orientações, acionamento de outros familiares e de serviços públicos que possam auxiliar nesse momento. Também fica a nosso cargo acompanhar familiares para visitar o corpo no morgue[22]. Esse lugar onde os corpos aguardam a sua retirada pela funerária é um espaço gerador de sentimentos que não se costumam tocar. A morte é um tabu. A morte de um recém-nascido ou de uma criança, parece redobrar a incapacidade das pessoas de aceitar. Além disso, a relação com o corpo sem vida é indesejada pela maioria das pessoas. Parto, bebê morto, morgue, urna funerária, velório, sepultamento. Esses eram alguns dos enfrentamentos que ainda estavam por vir para Ana, mas que certamente já estavam criando grandes tristezas e ansiedade em sua mente.

> Observo mais algum silêncio, e o quebro perguntando porque ela está sem acompanhante. Ela me explicou que o companheiro está com a filha do primeiro casamento. Que domingo ele passa com a criança. Me explica ainda que está sem crédito no celular. Ofereço nosso celular do hospital e ela liga, primeiro para uma vizinha, depois para uma irmã, depois para a filha mais velha, depois novamente para a vizinha. Comunica todos o que houve consigo. ‘O meu nenê tá morto’, ela dizia, e cada vez que repetia isso, chorou e em mim causou um silenciamento de quem está diante de uma perda alheia. O movimento que estava tentando, era de conseguir um acompanhante (Observação 9 - óbito fetal e outras dores, 2023).

O luto estava se iniciando em solidão. Ana parecia apresentar, além da necessidade de alguém próximo para cuidar dela, também a necessidade de concretizar o luto, especialmente através do reconhecimento da identidade de seu bebê por sua rede de apoio pessoal. Porém essa rede não a atendeu em sua necessidade, pois ninguém que ela chamou compareceu.

22 É o setor do hospital para onde os corpos são enviados e preparados para serem identificados pelos familiares.

Segundo Oliveira *et al.* (2022), mães que vivenciam perdas fetais comumente referem pouca valorização de sua dor e não se sentem acolhidas pela sociedade em geral, incluindo profissionais de saúde e até mesmo familiares.

> A enfermeira entrou no quarto, ficou um pouco em dúvida se poderia interromper meu atendimento. Eu disse a ela que poderia prosseguir, que eu voltaria em seguida. Mas Ana me pediu pra ficar. 'Fia, espere um pouco mais aqui'. Eu aguardei, conforme ela me solicitou. A enfermeira seguiu seu atendimento. Enquanto isso, eu pensava na maneira como interpelou o pedido. "Fia" é um modo de chamar uma pessoa mais íntima, que na maioria das vezes é mais jovem. O pedido de Ana me revelou a solidão daquele momento, pois éramos duas mulheres da mesma idade, que acabamos de nos conhecer. No entanto, eu representava ali a pessoa que esteve mais tempo com ela nessa situação. Eu já sabia sobre sua dificuldade na rede de apoio; eu sabia da dificuldade financeira que a deixou sem comunicação. Eu também sabia da sua impossibilidade de custear o sepultamento do bebê. Ela estava vulnerável.
>
> A enfermeira entrou com uma bandeja, e nela o kit do teste rápido com resultado reagente para sífilis. De modo gentil a enfermeira explica para Ana o que isso significa. Explica que a sífilis é uma doença transmitida pela relação sexual, e que os primeiros resultados na carteirinha de pré-natal eram negativos, portanto, a doença foi contraída durante a gestação. Explica sobre o tratamento a que será submetida, e que o companheiro também terá que se tratar. Ana pergunta se isso pode ter causado o óbito. A enfermeira diz que não tem como afirmar, mas que a sífilis materna é uma importante causa de óbito fetal (Observação 9 - óbito fetal e outras dores, 2023).

Sífilis é uma antiga infecção sexualmente transmissível, de fácil diagnóstico e tratamento, mas que ainda é responsável por muitos problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva da população. O pré-natal é, em geral, o caminho para identificação da infecção, e é também o período comum de tratamento, especialmente pelo objetivo de prevenir a sífilis congênita, que é transmitida para o bebê durante a gestação. Tanto os exames para detecção, quanto o tratamento, que é realizado com antibióticos injetáveis, estão disponíveis pelo SUS nas Unidades Básicas de Saúde.

> Apesar dos esforços empreendidos para a eliminação da sífilis congênita e o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030, estabelecidos pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a sífilis congênita ainda é considerada importante causa de desfechos desfavoráveis da gestação, com a ocorrência de óbitos fetais e não fetais, abortos e baixo peso ao nascer, entre outras graves consequências. No Brasil, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,9 casos por 1 mil nascidos vivos (NV) em 2021. Naquele mesmo ano, dos 27.019 casos de sífilis congênita notificados, 8,8% apresentaram evolução com desfechos desfavoráveis: 1.069 óbitos, fetais ou não fetais, e 1.026 abortos (Festa *et al.*, 2023, p.02).

Apesar de ser comum e de fácil tratamento quando iniciado no início, a sífilis assim como outras infecções de transmissão sexual carregam consigo fortes estigmas relacionados à ideia de que seriam "castigos divinos". Tais estigmas se relacionam

com discursos da primeira metade do século XX, nos quais a sífilis era apresentada como um flagelo social (Araújo; Araújo, 2023).

Mesmo que sejam evidentes as mudanças relacionadas à liberdade sexual dos sujeitos, experimentadas e discutidas com muito mais abertura no contexto histórico atual, ela ainda está muito longe de desprender de amarras que impedem pleno exercício do autocuidado. A história da sífilis, carregada de estigmatização dos doentes, ainda afeta que a mesma seja tratada de modo integral pelos parceiros. Conversar abertamente sobre uma doença que pode ser indicadora do descumprimento de acordos de monogamia é uma dificuldade muito percebida entre os casais atendidos no HUMAI, e por isso noticiar o exame reagente para sífilis nunca é uma tarefa fácil. Assim, a infecção da gestante durante a gravidez ganha porta aberta, pela falta de comunicação e pela dificuldade da mesma em exigir uso de preservativos nas relações sexuais conjugais.

> Ana não chorou nesse momento, fez silêncio até a enfermeira sair. Depois começa a expressar dor e desabafa comigo: 'homem nojento!'. Eu acolhi em silêncio o que continuou me dizendo: 'Eu sei o que é essa doença. E esse homem nojento me passou essa doença e agora eu tô aqui sozinha com o nenê morto e ele não vem aqui. Ele podia tá aqui comigo, não vem porque não quer (Observação 9 - óbito fetal e outras dores, 2023).

Quanto mais nos atentarmos para o caso de Ana, mais sua história nos denuncia que as maiores dores enfrentadas por ela, tem relação com problemas com profundas raízes nas relações de gênero, nas (im)possibilidades de escolhas sexuais e de saúde reprodutiva, e nas fragilidades da rede de apoio pessoal. A condição de cuidadora da casa e da família que a sociedade impõe à mulher, é um papel muitas vezes assumido sem questionamentos, e que levam muitas mulheres a não construírem redes de cuidado para si mesmas. No trecho que segue, o companheiro de Ana finalmente aparece no hospital:

> Antes que eu saísse para continuar meus atendimentos, Ana me perguntou mais uma coisa: "por que dói se não tem vida?"
>
> Nenhuma resposta que eu pudesse dar, poderia expressar quantos pensamentos essa pergunta me suscitou. Respondi o que deu: "deve ser teu corpo que já sabe, e está começando a trabalhar para o bebê sair".
>
> Ana me disse que estava com fome. Saí para avisar a cozinha para lhe trazer um lanche.
>
> Perplexa com a pergunta, imagino que a dor a que se referia, envolvia outras dores. A física, do corpo que iniciava uma expulsão natural do feto sem vida. A dor emocional que a faz se sentir "sem vida". O corpo com dor é o corpo que vive. A dor do abandono em momento de vulnerabilidade…

> A evolução da expulsão do feto demorou a noite toda. Eu não acompanhei, mas no dia seguinte voltei a atender a Ana. Ela estava sozinha e chorosa. Me reconheceu logo, e me contou que teve que tirar a irmã dela do trabalho para providenciar o enterro do bebê.
>
> Me relatou ainda que o companheiro veio a noite, e eles tiveram uma discussão e ele foi embora antes mesmo do bebê sair. Ela me conta com mágoa. Expõe a solidão desse momento (Observação 9 - óbito fetal e outras dores, 2023).

De acordo com o portal da transparência da Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (Arpen-Brasil), cerca de 6% das crianças nascem sem o reconhecimento do pai em sua certidão. Mas o que se percebe na realidade do hospital é que a ausência do nome do pai na certidão de nascimento é apenas um modo de abandono sofrido por mulheres e crianças. Desde gestos e discursos aparentemente inofensivos como “deixa a mãe dela ficar de acompanhante, porque eu não sei pegar bebê”, até necessidade de restrição de entrada em desfavor de pais violentos, fazem parte do rol de sinais de sobrecargas, abandonos e violências que se apresentam de modo silencioso na maternidade, e que se observadas, denunciam nossa sociedade muito desigual em relação às divisões de tarefas e responsabilidades com os filhos.

O cuidado com os filhos, com a família e com a casa, é um trabalho invisível. Tal trabalho é socialmente atribuído à mulher, e raramente sofre questionamentos, pois são tidos como atribuições naturais. Dentro do HUMAI, por mais que a passagem das mulheres seja bastante breve, é possível observar como essa responsabilidade de cuidado está impregnada ao gênero feminino. Esse trabalho está há tanto tempo atribuído à mulher, que se torna imperceptível. Dizemos invisível, mas também podemos comparar a um cheiro de um lugar onde estamos há muito tempo. Acostumamos de tal maneira aquele cheiro, que nem sentimos mais, até alguém se questionar sobre ele.

E assim seguimos pensando nos elementos subjetivos que estão presentes constantemente dentro dos espaços de parto, mas que pouco se fala. Em relação aos cheiros, várias impressões foram registradas durante a pesquisa. Uma delas, quando perguntei para Amélia sobre como está se sentindo depois de aposentada. Minha pergunta desencadeou uma longa catarse, durante a qual relatou que sente saudades do movimento do trabalho, do ônibus e das pessoas. Segue transcrição do trecho:

> Sente falta do cheiro da própria paciente. Eu não senti falta do trabalho em si, do hospital, mas senti falta da paciente, da colega de trabalho, do ônibus, sente falta do cheiro do hospital, você sente falta de tudo isso, sabe […].

> Lucimara: e como é o cheiro da maternidade?
> Amélia: é um cheiro gostoso, era um cheiro de vida. Eu não sei se você sente isso, mas a maternidade te dá cheiro de vida. O cheiro daquele bebê fresco, sabe? Cheiro da mãezinha fresca. É um cheiro diferente de hospital, hospital […] na maternidade é aquele cheiro de vida. Você entra na enfermaria e você sente aquele cheirinho de bebê, e aquilo te acalenta, o cheirinho da mãe fresca. Isso é maravilhoso. Você não acha esse cheiro fora disso. Isso eu senti falta (Amélia, 2024).

Nery (2016), ao escrever sobre os usos sociais do olfato, defende que o cheiro tem o potencial de retomar as emoções com maior força do que qualquer outro sentido devido ao grande número de conexões entre a região olfativa e o cérebro. Ainda, segundo a autora, lugares e fatos importantes da nossa vida ficam marcados em nossa memória olfativa. Basta sentir um cheiro familiar para que a cena do passado venha para nossa memória com uma incrível riqueza de detalhes.

O olfato desempenha grande papel desde o nascimento de uma criança. A relação do recém-nascido com o mundo se dá inicialmente pelo nariz e pela boca. É o reconhecimento do cheiro da mãe que faz com que o neném se volte a ela em busca de alimento e com que os laços afetivos comecem a se estabelecer. Ao mesmo tempo, a mãe é igualmente capaz de reconhecer o cheiro do seu filho (Nery, 2016). Sem muitos argumentos explicativos para descrever o cheiro que sentia, talvez Amélia rememore uma percepção desse primeiro aprendizado intra-uterino que é o reconhecimento da mãe pelo cheiro, que pode ser capaz de gerar uma comunicação química.

Ainda conforme Nery 2016, a busca humana de maior controle sobre o mundo fez com que não precisássemos mais do olfato para buscar alimentos ou detectar um potencial perigo. Mas os esforços em racionalizar os cheiros, agora revelam, seu papel para a gustação da vida. (Nery, 2016). Se “desaprendemos” a relação com nosso potencial olfativo, por vezes podemos nos acostumar com mais facilidade a cheiros a que somos expostos com mais frequência. Sobre isso, uma passagem sobre a visita do orientador:

> Seguimos nossa visita, e após percorrermos o corredor do posto 2, onde ficam os alojamentos conjuntos, descemos a rampa para o subsolo, onde fica a farmácia e o refeitório dos funcionários e dos pais cujos bebês estão na UTI. Antes mesmo de descer a rampa, Felipe que estava bastante quieto, ouvindo minhas explicações, comentou: “cheiro de comida”. Eu não estava sentindo.
>
> Quando ele falou isso, eu percebi que não era um cheirinho ao longe. Era um cheiro forte, um pouco ácido. Um cheiro invasivo. Esse cheiro estava

> dominando os corredores do posto 2 e ficou ainda mais intenso quando descemos a rampa. Mostrei o refeitório, a farmácia, o lactário e voltamos.
>
> Eu pensando no cheiro e sobre como ele se espalha por todo hospital, e não nos afeta, pois já gerou costume. No hospital eu já senti e às vezes sinto cheiro de sangue, cheiro de fezes, vômito, cheiro de cigarro, cheiro de hipoclorito, de álcool, cheiro de leite, cheiro de bebê, cheiro de ervas de escalda-pés e de óleos essenciais das doulas. São cheiros que convivemos, que passam com o tempo a não afetar mais. Ou não afetar tanto.
>
> Esse cheiro de comida, no lugar onde estávamos, não era um cheiro gostoso, pois era forte, abafado. A percepção da minha visita me fez pensar em tantos outros cheiros, e como eles podem gerar sentidos que não cogitamos, mas que constituem o lugar e a experiência das pessoas dentro desse lugar.
>
> Lembrei das muitas vezes que tivemos discussões com enfermeiras que chamam o serviço social para resolver um problema de "mau cheiro e falta de higiene" que identificaram em algum paciente. Nunca concordamos em fazer essa abordagem, claro, mas essa visita que quase não falou nada, me fez pensar "quem é a nossa instituição para poder falar do cheiro dos outros?" (Observação 8 - A visita do orientador, 2023).

O cheiro que só senti porque fui provocada pelo comentário de Felipe, era um cheiro que estava presente para quem vive menos esse espaço. O cheiro "não familiar" do espaço lembra a quem está ali de passagem que não está em casa. Todos os outros cheiros também são capazes de despertar emoções e criar memórias, de modo especial para quem está vivendo o parto ou puerpério imediato. Alguns desses podem despertar aversão, medo ou funcionar como detector de perigo. O cheiro de hospital, muitas vezes é apontado como o que mais incomoda e dificulta a permanência dos pacientes dentro do ambiente. E dentre os cheiros do hospital, o cheiro e a imagem do sangue também surgem nas observações registradas para pesquisa. O trecho que segue é da observação denominada "Nasceu na triagem!":

> Quando cheguei para trabalhar, as minhas colegas de sala logo vieram me contar: "soube do parto aqui do lado?" A sala do serviço social fica bem ao lado da triagem obstétrica. Não é a primeira vez desde quando estamos no HUMAI que isso acontece. "não soube!" respondi curiosa.
>
> Uma delas já me descreveu quanto sangue tinha ali. "Sabe que tenho problema com cheiro de sangue", me disse dando ênfase ao fato do parto envolver sangue. Apesar disso, não parecia haver nenhuma reprovação com relação ao ocorrido. Outra já completava: "Quem me dera um parto desses, nem deu tempo de ir lá para trás". E outra ainda: "Ela não deu nem um grito, nem um gemido, nada! Nós escutamos um único gemido, ahn! e o choro do bebê!". Ainda fez parte desse momento, o melhor da história: "mas não sabe do melhor (risos), é que o piazinho[23] dela de 2 anos viu tudo aqui da porta". Nesse momento exclamamos: "nossa!", buscando em nossas interpretações se aquilo poderia ser julgado como um problema, ou como uma alegria para a família (Observação 7. Nasceu na triagem! 2022).

23 Gíria do Paraná para "menino".

O sangue ultrapassa seu próprio significado físico e atinge um significado simbólico, eidético e poético (Souza, 2016). O típico cheiro de sangue é o ferro de sua composição, é precisamente o ferro que lhe dá cor vermelha. O sangue quando é exposto ao ar no caso de qualquer hemorragia exala um odor mais forte e enjoativo. Ainda segundo Souza (2016), o medo de sangue se chama hematofobia, e se relaciona com as nossas vulnerabilidades em relação à morte. Nesse sentido, o medo de sangue estaria ligado ao medo da morte.

Apesar dessa representação social que relaciona sangue e morte, muitas ocasiões que nos colocam em contato com sangue, não são situações de risco de morte, como por exemplo os fluidos menstruais que são compostos inclusive por sangue. Menstruação é a descamação das paredes internas do útero quando não há fecundação. Essa descamação faz parte do ciclo reprodutivo da mulher e acontece todo mês. Exceto quando ocorre uma fecundação, o endométrio (membrana interna do útero) se desprende. O fluxo menstrual é composto, assim, por sangue e tecido uterino.

Emily Martin (2006) ao falar sobre as metáforas médicas sobre o corpo da mulher, nos mostra que a menstruação, no século XIX, foi descrita como patológica. Uma das interpretações desse momento era que: “as mulheres eram feridas periodicamente em seu ponto mais sensível” e “que mesmo na mais saudável das mulheres, um verme, ainda que inofensivo e despercebido, corrói periodicamente as raízes da vida” (Martin, 2006 p. 77).

A menstruação continuou sendo vista como patológica no século XX, e, ainda no século XXI, muitas explicações tratam o sangue menstrual como indesejado, pois representaria uma falha no objetivo do útero que é a gravidez. Essa representação cultural sobre o sangue que sai da vagina da mulher repercute no parto, e é associada à aversão que a maioria das pessoas tem do sangue pela sua associação com ferimentos e morte, faz com que o parto seja entendido como um momento difícil de assistir, e inapropriado para crianças. Assim, o fato do ‘piazinho’ de Karol ter assistido o parto da porta da sala da triagem nos deixou perplexos.

Encontrar beleza na relação com sangue, fluidos do parto e tecidos do corpo, no entanto, pode ser mais comum entre os sujeitos que escolhem assistir o parto. Tratar com naturalidade a lida com sangue, líquido amniótico, placenta, mecônio, entre outras secreções que naturalmente fazem parte do parto, são olhares possíveis de encontrar entre profissionais da obstetrícia. A mesma cena que gera estranheza e

desconforto para alguém não habituado nesses espaços, são cenas comuns para quem trabalha na maternidade. Uma observação, que denominei “Suturar a língua do boi e carimbar com sangue de placenta: surpresas para quem?” faz uma reflexão sobre os processos, que em certa medida são necessárias para uma reaproximação com o parto:

> A sala de estudos do HUMAI, é um lugar multiuso, que eventualmente utilizo para apoiar meu computador, uma vez que as salas de atendimento não dispõe de espaço suficiente. Quando preciso digitar uma escala, fazer um planejamento ou estudar algum caso específico, gosto de verificar se a “sala de estudos está livre” e então me acomodo por ali. Nesse dia não estava. Abri a porta e me deparei com as residentes da enfermagem obstétrica e sua preceptora, a Laryssa. Ao entrar já pude visualizar na mesa três peças de carne, mais especificamente línguas de boi. Todas as presentes na sala olharam para ver minha expressão, já rindo da minha surpresa.
>
> Eu fiquei intrigada com a situação e Laryssa me ofereceu um refrigerante. Rimos. O comentário que seguiu foi: depois que acostuma a gente lida com qualquer coisa no hospital e na sequência faz um lanche bem tranquilo. Depois dessa breve reflexão, Laryssa me desafiou a descobrir o que elas iam fazer com aquelas peças. Eu arrisquei: vão treinar carimbo de placenta! e elas disseram que não. Que iriam treinar sutura de pós parto.
>
> Na minha profissão, nunca pensei querer ficar numa aula de sutura. Mas na minha condição de pesquisadora, fiquei muito desperta para acompanhar aquele momento, em que três jovens residentes, muito gentis e delicadas, iriam meter a mão na língua do boi para aprender técnicas de suturação vaginal pós-parto normal (Observação 10 - Suturar a língua do boi e carimbar com sangue de placenta: surpresas para quem?, 2024).

Figura 18 - Enfermeiras em aula de sutura na língua bovina



Fonte: foto da autora, 2024

Enquanto limpavam a sala, perguntei para Laryssa se ela havia também aprendido na língua de boi. Ela me disse “aprendi na língua e ensino na língua”.

Segundo Marcondes *et al.* (2014), na literatura atual encontram-se diversos modelos para treinamento de suturas. Muitas vezes, essas são treinadas em substitutos de pele (pele suína, pele de galinha, ou EVA - Etileno Acetato de Vinila), mas estes modelos são insuficientes para a prática de alguns tipos de sutura por sua diferença em relação à pele humana. Logo, busca-se através de modelos de alta fidelidade (peças animais - línguas de boi) atingir os objetivos de aprendizagem.

Em uma breve pesquisa encontrei inúmeros artigos e relatos de experiências de docentes e alunos das áreas de odontologia, enfermagem e medicina, que versam sobre o uso de peças animais para treinar suturas. Além de comum, a prática é amplamente avaliada na literatura e divulgada no nicho dos profissionais e estudantes das áreas interessadas.

Após a aula, saí pensando sobre esses “nichos” de conhecimentos e práticas, e sobre como se decide que não deve ser público alguns tipos de aprendizagens e práticas. O nosso afastamento de assuntos relacionados ao sangue, tecidos, lacerações e suturas tem relação com a entrega do parto para que seja feito por alguém? Não pensar que parto tem sangue, laceração e fluidos, seria uma busca semelhante ao parto sedado?

> O que significa a minha surpresa? Eu trabalho dentro da maternidade, não sabia como as enfermeiras treinam, ano após ano, para dar pontos nas lacerações que são naturais do parto. Quantos outros processos de aprendizagem e cuidado são naturais e, entretanto, não são publicizados, porque não nos parecem agradáveis, ou não nos parecem condizentes com o que esperamos que seja um cuidado tecnológico?
>
> Pensando nessas coisas, ainda no corredor, encontrei uma outra professora, essa de serviço social. Ela tem uma relação muito próxima com o HU, e volta e meia está no HUMAI. A cumprimentei, e entre um e outro assunto, contei a minha experiência recente. Ela se surpreendeu com o que eu contei, e em contrapartida me revelou sua nova surpresa: “As meninas me mostraram o carimbo de placenta que elas fazem, você tem que ver, que coisa incrível” Ela me dizia sacando a foto do celular, quase sem tomar ar de tanta empolgação pela descoberta. Eu sorri e recebi o que me dizia, não quis ser indelicada dizendo há quanto tempo eu já sabia sobre esse trabalho (Observação 10 - Suturar a língua do boi e carimbar com sangue de placenta: surpresas para quem?, 2024).

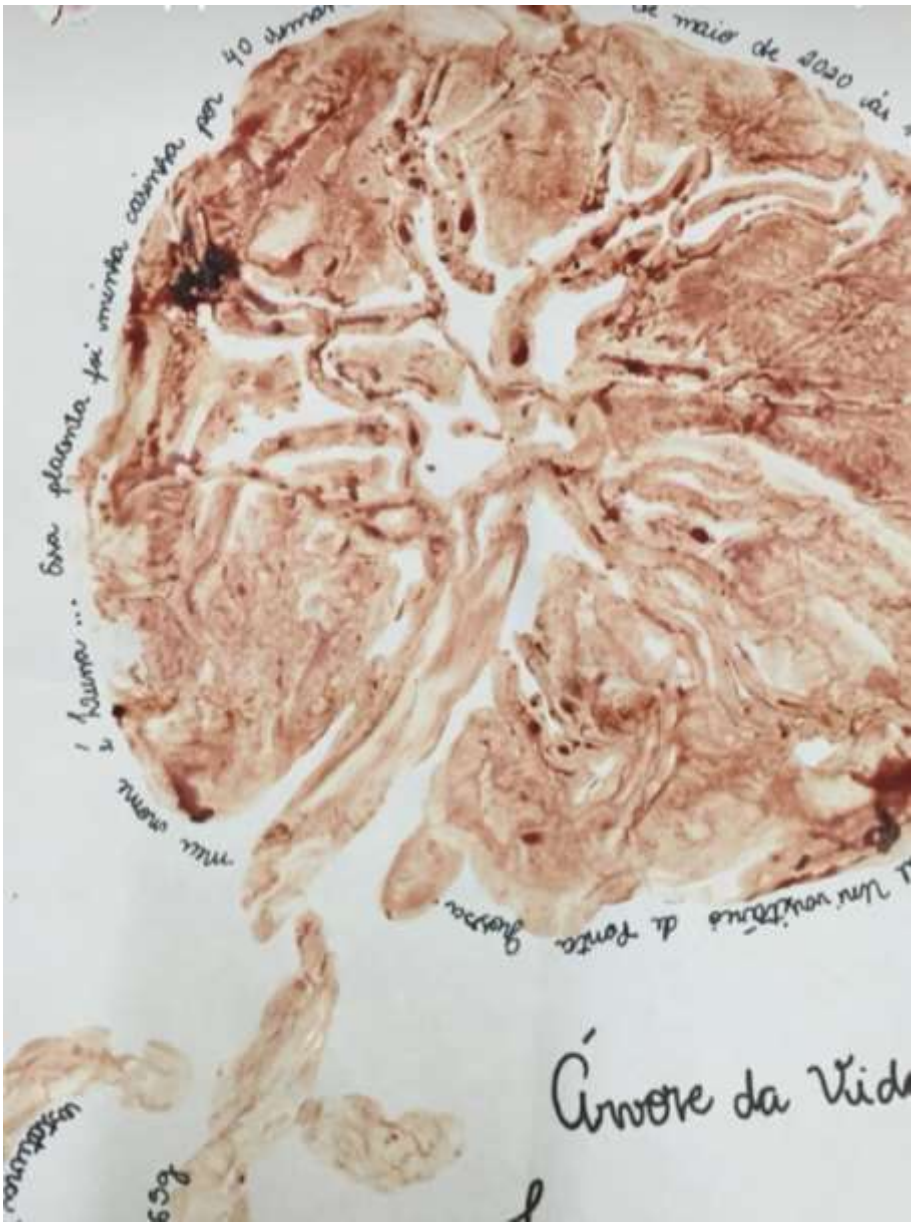
Segundo Penina (2016) uma das maneiras mais conhecidas de utilizar a placenta é enterrá-la juntamente com alguma planta ou usá-la como carimbo para fazer a “árvore da vida”. Feito com sangue logo após o parto ou com tinta, depois da placenta congelada, a técnica do carimbo resulta em verdadeiras obras de arte.

> O carimbo de placenta, é feito em uma folha de papel A4, e a impressão desse contato forma um desenho conhecido como árvore da vida. Esse é um trabalho realizado pelas enfermeiras da maternidade desde a abertura da mesma. A técnica antecede e muito a abertura da maternidade do HU-UEPG. Para a execução, algumas usam tinta, algumas usam o próprio sangue envolvido na placenta recém dequitada, e essa é uma lembrança da placenta oferecida para a mãe, sobre sua história de gestação e parto. Além disso, outras práticas de uso da placenta, como para plantar ou tomar como reposição de ferro, estão também presentes no HUMAI sem que sejam muito expostas. Quando percebi a surpresa da minha colega, vi a minha se repetindo. Esse reflexo me fez questionar ainda mais sobre os segredos adensados no HUMAI, e os sentimentos de “descobrir” o que não é novo e

> que convive nesse espaço (Observação 10 - Suturar a língua do boi e carimbar com sangue de placenta: surpresas para quem?, 2024).

A imagem que segue foi retirada do Instagram da Residência em Enfermagem Obstétrica do HUMAI, e mostra um carimbo de placenta feito com sangue:

Figura 19 - árvore da vida impressa com sangue da placenta



Fonte: Instagram, 2024.

A placenta é um órgão que se forma exclusivamente para promover a nutrição, respiração, proteção, e outras funções que são fundamentais para o desenvolvimento do bebê. Em muitas culturas, esse órgão tem um valor simbólico e diferentes usos e destinações podem ser encontradas nas práticas femininas. Segundo Gennep (2011),

por muito tempo a placenta foi valorizada como essencial desde o nascimento até a sua expulsão no momento do parto. No atual contexto de parto hospitalar, no entanto, muitas mulheres se negam a conhecê-la após sua saída no parto. Após o nascimento ou dequitação da placenta no parto hospitalar, a mesma é destinada para incineração, pois ela é tratada como resíduo. No entanto, em termos simbólicos a placenta pode ter um rico valor.

Por isso, eventualmente no HUMAI vemos algumas famílias requisitando a placenta para levar para casa. Os usos e costumes relacionados à placenta vão desde enterrar até consumi-la in natura ou em algum preparo ou cápsula.

Placentofagia é o termo usado para o ato de se comer a placenta após o parto. No Brasil, a prática não é muito popular. Segundo os placentofagistas, a placenta é rica em nutrientes e hormônios como ferro, vitamina B12, prolactina, ocitocina, prostaglandinas e endorfinas (Penina, 2016). Letícia conta durante a entrevista: “sobre a placenta, por exemplo, essa vez eu quis fazer as cápsulas, a tintura” (Letícia, 2022).

Independentemente da opinião pessoal sobre usos da placenta e relação visual ou olfativa com sangue, uma importante reflexão dada pelos “segredos” desses elementos, é que enquanto tratarmos sangue, placenta e os fluidos do parto como sujeira, como algo indesejável, como vergonha, estamos nos distanciando cada vez mais do parto. As consequências desse afastamento beneficiam o modelo de parto em que a centralidade das decisões não está na mulher.

A questão da autonomia da mulher em relação ao seu próprio corpo é pauta social e dos ativismos feministas. A mulher presente nas decisões sobre seu corpo é uma discussão que perpassa modos de vestir, de viver e expressar a sexualidade, de parir e a relação com a maternidade. Tais questionamentos enfrentam a resistência da ideia de sacralidade do corpo feminino, que são justificadas por aspectos morais e religiosos, e insistem em controlar o corpo feminino.

Também, a partir das discussões de ideias feministas, empregam-se buscas pela desconstrução da ideia do instinto materno, e a própria questão da maternidade como destino natural da mulher. Sendo assim, esse assunto se relaciona muito estreitamente com as cenas de parto. Além de assuntos que já foram tocados nesse trabalho, como a humanização e a retomada práticas que devolvam o protagonismo da mulher na hora do parto, outro assunto que envolve muita polêmica e que também tem relação com os hospitais e maternidades, são os abortos.

No Brasil, o aborto é legalizado em três situações: se a gravidez for decorrente de estupro; se a gravidez representar risco de vida à mulher ou se for caso de anencefalia fetal (não formação do cérebro do feto). Teoricamente, qualquer hospital que ofereça serviços de ginecologia e obstetrícia deve ter equipamento adequado e equipe treinada para realizar abortos nas situações previstas em lei. No entanto, em Ponta Grossa, nenhum hospital se declara habilitado para realização da interrupção legal da gestação. As mulheres que procuram esse serviço, são encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde para o Hospital do Trabalhador, que fica em Curitiba-PR, cerca de 100 km de Ponta Grossa. Todas as tentativas políticas de se tratar do assunto em Ponta Grossa são rechaçadas e o assunto volta a ser silenciado.

Na sessão de perguntas frequentes do site “mapa do aborto legal”, uma questão sobre objeção de consciência, é respondida da seguinte forma:

> Os profissionais de saúde podem declarar objeção de consciência e se recusar a realizar algum procedimento caso isso vá contra seus valores, mas são obrigados a realizar o procedimento se não houver outro profissional no serviço que possa realizar o atendimento ou ainda nos casos em que a vida da mulher esteja em risco. Além disso, é importante lembrar que nenhuma instituição médica pode alegar objeção de consciência, essa é uma decisão individual de cada médico. Pelo contrário, a instituição médica deve garantir que haja profissionais para viabilizar esse atendimento (Mapa aborto legal, 2022).

Ou seja, as instituições não teriam direito de negar o atendimento, mas, no entanto, despistam a demanda e preferem não se envolver com a polêmica que esta causa. Se os casos previstos em lei para a interrupção de gestação já causam toda série de fugas e silenciamentos em nossa cidade, o que dizer dos casos de abortamentos clandestinos? Entramos aqui na seara dos segredos que são guardados pelas pacientes por auto-proteção.

Nos casos de abortos provocados, a auto-proteção que se trata é somente a legal. O decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, do código penal brasileiro prevê que: Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos. Assim, a criminalização do aborto no Brasil é causadora de insegurança física para as mulheres que engravidam em momentos inoportunos e que optam pelo aborto clandestino ou auto-provocado. Sem assistência, muitas se colocam em risco e as consequências da falta de política pública que as assistam em sua escolha, gera outros, e mais graves problemas de saúde pública.

No HUMAI, eventualmente recebemos pacientes que comparecem após o abortamento provocado. Algumas alegam não sabiam que estavam grávidas, outras

referem sangramento espontâneo, e outras ainda nos contam sobre os recursos que utilizaram para provocar o aborto. Dependendo da “roleta russa” de equipes, essas mulheres são bem acolhidas ou hostilizadas pelos profissionais que as atendem. Mas na prática, os registros das informações obtidas sobre esses atendimentos ficam resguardados pelo dever do sigilo profissional, e pelo sigilo do prontuário, que somente poderá ser acessado pela paciente.

Parece que o modo que as maternidades de Ponta Grossa encontram para não tratar de assuntos sensíveis, como o aborto, é fazendo deles segredos. O atendimento pode até acontecer, mas tocar na ferida da necessidade de se criar um fluxo adequado para atendimento por exemplo dos abortamentos legais, ou de se inserir na realidade do fato que a proibição do aborto não faz com que o mesmo deixe de existir, não é uma possibilidade considerada politicamente pelas instituições. Esse modo de se abster do assunto, também é método usado em outras situações, como dos partos domiciliares, sejam assistidos ou desassistidos. Uma penumbra de segredo paira sobre essa questão:

> A gente aí no HUMAI consegue ter uma percepção quando acontecem partos domiciliares não planejados com pessoas mais socialmente vulneráveis, e depois do parto chamar o SAMU e o HUMAI acolher. O que a gente começou a notar nos últimos dois anos, é que tinham pacientes mais esclarecidas sobre o parto que chegavam também nessa condição. Mas diferentemente, essas pacientes pareciam estar vindo de um PDP, assistido por uma equipe, e por conta desse percalço da DNV, chamar o SAMU ou vir por conta própria.
>
> Lucimara: Então, o que você está me dizendo é que pode ser que tenham outras equipes assistindo PDP, mas que não são reveladas?
> Andressa: Pode! Pode ser sim! Se você olhar nos últimos anos a quantidade de parto domiciliar “não planejado” que começou a ter depois do Covid… e daí geralmente o nenê chegava sem estar conectado à placenta, a paciente não estava com sangramento, com sinais de que estava sendo assistida por outro profissional em casa. A paciente vem pro HUMAI e diz: tive um parto domiciliar! (Andressa, 2024).

O que Andressa nos comunica, é que suspeita que haja partos domiciliares assistidos que se apresentam como “partos que aconteceram”, evitando assim toda gama de desconfortos e violências comumente sofridas nos hospitais. São segredos mantidos para autoproteção, cujas estratégias são muitas vezes percebidas pelo HUMAI, mas que não os problematizam.

Assim são os segredos e subjetividades do parto e do lugar de parir: compostos por práticas e costumes que “ninguém acredita”, e que, portanto, sobrevivem nos segredos femininos; de segredos dos quais “ninguém quer saber” porque expressam dor e luto e segredos mantidos porque confrontam organizações institucionais. Tais

segredos agregam em si construções de lugares e temporalidades que se adensam no HUMAI.

3.3 TEMPORALIDADES ADENSADAS NO HUMAI/UEPG

Iniciamos nosso trabalho com um “passeio” nos lugares de parto de Ponta Grossa. Com especial ênfase, passamos pelo HUMAI, sua estrutura, seus espaços, sua história e as relações políticas e culturais que se apresentam nesse que hoje representa o principal lugar de partos pelo SUS de Ponta Grossa.

Nesse percurso, após olhar para o HUMAI, nos lançamos para compreender alguns aspectos da história da cidade, no que diz respeito ao parto. Percorremos modelos de cuidado que foram de partos domiciliares a partos domiciliares, perpassando pela institucionalização, as intervenções e a busca pela humanização.

Agora, realizamos um “novo passeio” ao HUMAI, apresentando esse lugar a partir dos achados da história cultural do parto de Ponta Grossa, e as formas em que essas construções históricas se manifestam no que chamamos de adensamento de narrativas, memórias e temporalidades. A noção de tempo não se reduz à ação de um movimento sucessivo e retilíneo.

Retomando aqui a apresentação de Halbwachs (2006) sobre as nossas dificuldades em mudar hábitos e nosso apego aos espaços e objetos, pois, culturalmente todos esses elementos que nos cercam tem muita significação. E sua natureza aparentemente inerte explica a estabilidade relativa dos grupos sociais. Pensando nisso, podemos pensar sobre como costumes, modos de cuidado, tradições, protocolos, instrumentos, hierarquias, fazem parte de temporalidades distintas que se adensam no HUMAI. “Quando um grupo está inserido numa parte do espaço, ele transforma à sua imagem, ao mesmo tempo em que se sujeita e se adapta às coisas materiais que a ele resistem” (Halbwachs, 2006 p. 133). Partindo dessa metáfora, na mudança para o HUMAI, cada um de nós, trouxe parte do “mobiliário” que herdamos nas experiências que nos conectam a outros grupos que constroem seus sentidos sobre o parto. Nossos móveis, e a maneira que os arranjamos, são explicados pelos elos que nos prendem à um grande número de sociedades.

O que estamos chamando de “temporalidades adensadas” é uma discussão que tem como objetivo reconhecer as transformações na predominância de modos adotados nas práticas de cuidado aos partos em Ponta Grossa, presentes nas memórias dos indivíduos, da coletividade e das práticas. Mas, sobretudo,

pretendemos fazer romper com a ideia de “desenvolvimento” como uma linha que segue em “frente” superando níveis de conhecimento e métodos que vieram antes. Práticas adotadas em certo tempo são carregadas de sentidos e nem sempre o modo mais atual é o que melhor corresponde de melhor possibilidade elaborada socialmente para cuidado do parto.

Assim, para pensarmos as temporalidades adensadas em um lugar, podemos nos apoiar nas categorias de tempo, espaço e memórias presentes na teoria “sobre o tempo” do sociólogo Norbert Elias. Para ele tempo e espaço devem ser estudados juntos, porque estão imbricados:

> Tempo e espaço são símbolos conceituais de certos tipos de atividades e instituições sociais que permitem aos homens orientarem-se diante de posições ou distâncias entre estas posições que acontecimentos de todo tipo tomam (Elias, 1989, p.111).

Nesse sentido, quando nos atentamos para a história cultural do parto em nossa cidade, estamos nos acordando para uma aprendizagem sobre o tempo, e para a descoberta de que nossas experiências são feitas de matéria da história. Feito isso, também podemos repensar sobre como ocorrem as transformações e permanências, enfrentamentos e recuos, explícitos ou silenciados, nas ações políticas e na cultura ordinária de mulheres e homens que criam e vivem o parto que lhes faz sentindo em certo momento.

Cada medida de cuidado, seja ela vinda do hospital, da família, da própria mulher parturiente, tem por si uma historicidade e está pautada em costumes, ciência, crenças, sentidos, descobertas e tradições, que são associadas a uma temporalidade, que não se configura como uma linha do tempo, pois modos de cuidados coexistem.

As parteiras tradicionais, por exemplo, que compartilharam suas memórias de modos de cuidado de parto que já não são mais hegemônicos em nossa cidade, trouxeram consigo relações com a religiosidade popular, com a espiritualidade, as simpatias e especialmente a relação com o tempo do parto. A permissão pela espera pelo tempo natural do parto foi duramente combatida durante o período crescimento e fortalecimento do parto tecnocrático, que buscou principalmente o controle do tempo. Atualmente a questão de se reaprender a lidar com o tempo da natureza do parto, vem sendo apresentada como uma questão para atrizes do parto que defendem uma retomada do parto como um processo fisiológico e natural. Andressa se refere à essa reaprendizagem quando conta de sua primeira experiência de parto domiciliar:

> Daí tivemos a primeira experiência. [...] Chegou um momento que eu achei que estava demorando muito o trabalho de parto. Mas eu não tinha tanta noção de parto domiciliar. Ele é zero intervenção! E eu, acostumada a partejar no hospital (Andressa, 2024).

Numa perspectiva semelhante, que também se questiona sobre a relação com o tempo do parto e as intervenções que o possam abreviar, Arnica reflete sobre os conceitos aprendidos na graduação:

> Na graduação se fala muito sobre técnicas, e não se dá esse caminho alternativo do que é a humanização, o que é violência obstétrica. Apesar de hoje estar em pauta a violência obstétrica, ainda tem quem entende errado. A formação acadêmica é muito falha. Eu vejo pela minha experiência. E não é só no curso de enfermagem, mas eu vejo também, pela minha convivência com os médicos, que somos formados numa visão intervencionista, muito pautada na indústria farmacêutica, que te diz que é mais fácil você usar uma ocitocina para acelerar um trabalho de parto, do que você estimular ocitocina endógena. Para estimular a ocitocina endógena, você tem que estar do lado da parturiente. Tem que estar conversando, trabalhando com o psicológico dela, e isso demanda tempo. E tempo é uma coisa que infelizmente dentro do hospital nós não temos (Arnica Montana, 2024).

Entretanto há quem se pergunte porque propor o resgate do parto natural em meio aos avanços tecnológicos. Ao refletirmos sobre o resgate do nascimento natural, paralelamente, surgem alguns questionamentos como: os avanços tecnológicos não beneficiam as mulheres no parto? A medicalização e a episiotomia não favorecem o nascimento? A cesariana não abrevia esse processo ganhando tempo a gestante o e próprio profissional?

Alguns trechos de entrevistas que são expressões do movimento da história agindo nos indivíduos em suas próprias práticas de cuidado. Laryssa, enquanto narra sua trajetória na área obstétrica, conta:

> Não intervir no processo é um exercício diário, porque eu venho de um modelo hospitalocêntrico. Um modelo que eu fazia episio, fazia fundo uterino [...] eu aprendi a trabalhar nesse modelo; onde tinha que aspirar todo bebê que nascia, a mulher ficava em posição de litotomia, eu amarrava as pernas das mulheres com faixas, tinha que fazer tricotomia com gilete, clister para esvaziamento gástrico [...] eu venho desse modelo [...] e se a gente não busca conhecimento, fica […] (Laryssa, 2022).

Esse trecho da narrativa de Laryssa, me faz pensar sobre a construção temporal de um modelo de cuidado. Por vezes podemos facilitar a compreensão sobre esse modelo, se o pensarmos como uma coisa do passado. Como nos livrar da sensação de mal estar gerada ao cogitar que mulheres que estão parindo sejam submetidas a tais procedimentos violentos? Somente podemos encontrar algum conforto, se pensarmos que isso ficou no passado. Como uma prática superada, que

pode ser olhada com susto e constrangimento. No entanto, o desafio de compreender as temporalidades presentes, e desconstruir a ideia de linha do tempo pela qual tentamos por vezes explicar a história, nos faz pensar para além da prática em si, e aprofundar nosso olhar sobre como as estruturas que deram base para justificar essas práticas foram construídas culturalmente, e naturalizadas. Hoje temos um cuidado de parto que não tem como prática realizar, por exemplo, a tricotomia, ou fundo uterino. Isso por si só, não quer dizer que o modelo hospitalocêntrico citado por Laryssa, tenha sido superado. Muitas mulheres ainda vivem a triste experiência de serem subjugadas em seus posicionamentos diante de profissionais de saúde que atuam sem crítica ao modelo hospitalocêntrico, que é um modelo que ainda reverbera fortemente dentro da formação profissional.

O HUMAI é um Hospital público (100% SUS). É também um Hospital Universitário, que tem por essência acolher estudantes da área da saúde, em suas formações de graduação e especialização. A política de saúde que culminou na implantação do SUS, incorporada pelo Estado Brasileiro, é resultado de lutas sociais cujo objetivo foi a existência de um sistema universal, público e gratuito. Certamente, a esse movimento não cabe associação direta ao período histórico que nos deixou de referência a ideia de um hospital como “lugar de morte”, ou de “acumulação de infecções”. Nem mesmo como um lugar onde se pode praticar a medicina livremente, contando com a ausência de reclamação dos pacientes. A ética que move a instituição de saúde faz a configuração de um Hospital Universitário firmar compromissos de qualidade dos serviços prestados, para que sejam atualizados, e embasados em evidências científicas. Aqui, cabem algumas ponderações acerca das afirmações, pois é verdade que apesar da roupagem que o HUMAI veste, nem sempre a realidade dos atendimentos obedece a tal qualidade mencionada. Entretanto os compromissos assumidos visam tornar o Hospital um lugar com a responsabilidade de prestar um atendimento humanizado, tendo como prioridade o cuidado e bem estar da paciente.

Contudo, a concepção de hospital carrega em si aspectos relacionados a sua historicidade. Estar em um hospital, raramente é uma posição reconhecida como positiva. A sensação de perda de autonomia, e da individualidade, advinda dos procedimentos padronizados nas instituições hospitalares, são assuntos recorrentes entre os pacientes, que se sentem fragilizados. Segundo Florisbal e Donelli (2017), o fato do paciente ser identificado por um número de leito e compartilhar um pequeno quarto com dois, três ou mais pacientes, compromete sua identidade e privacidade.

Ainda segundo as autoras, constrangimentos enfrentados na internação em quarto coletivo, reforçam a ideia de que o ambiente hospitalar é invasivo e despersonalizante.

Em certo momento do parto da Val, perguntei: “está gostando do lugar?” Ela me respondeu: “Hospital ninguém gosta, na precisão tem que vim” (Observação 2 - Parto da Val no HUMAI, 2022).

Durante a internação é necessário lidar com a espera, pois é preciso esperar pelo medicamento, pela hora de tomar banho, pela alimentação, pela visita do médico, pelo horário de receber a visita dos familiares, o que compromete a autonomia (Florisbal; Donelli, 2017). Os procedimentos de rotina aplicados dentro de um hospital, são padronizados em nome da segurança do paciente, porém na maioria das vezes tem também o poder de despersonificar o sujeito, tornando-o vulnerável para que possa ser tratado como o objeto da intervenção. Outro momento da observação do “parto da Val”, uma passagem me chama a atenção ao perpassar a questão de como alguns protocolos são realizados pela força da rotina. Quando conversei com a Val sobre como foi o momento da sua alta, a sua narrativa gerou a seguinte nota de observação:

> Outro fato que escolheu rememorar foi sobre sua saída. O protocolo da maternidade diz que a paciente deve ser encaminhada de cadeira de rodas com o RN no colo até a porta do hospital. Sem saber disso, Val arrumou as malas, pegou Kauane, seus pertences e estava saindo. A sogra já aguardava no lado de fora. “Frio que tava”. Conta ainda que enquanto caminhava pelo corredor, a mesma enfermeira do banho falou para ela: “onde você vai? não pode ir assim, eu tenho que te levar de cadeira. Espere, senão eu ganho a conta”. Ambas riram e Val respondeu que não sabia. Voltou para o quarto para esperar os encaminhamentos que deveriam seguir. Nesse momento descobriu que tinha ainda mais uma medicação para tomar. "Fiquei sentada esperando para tomar o remédio, mas a enfermeira tava preocupada com a cadeira” (Observação 2 - Parto da Val no HUMAI, 2022).

Val que havia permanecido sem acompanhante na maior parte do tempo de seu internamento, e que já havia andado pelos corredores durante o processo de parto, e puerpério, sem nenhuma ajuda arrumou seus pertences e do bebê e estava caminhando em direção à saída, foi surpreendida por mais um procedimento protocolar, que para ela não fazia sentido. O hospital justifica a necessidade de acompanhar a paciente até a porta de saída, utilizando a cadeira de rodas, pelo risco de queda. A ideia é que o paciente é de responsabilidade da instituição desde a entrada até a alta. A psicóloga Silvia Maria Cury, traz uma importante discussão sobre a perda da individualidade do paciente durante a hospitalização. Segundo ela, a pessoa “sente uma brusca ruptura com seu cotidiano, sente-se agredido pela rotina

hospitalar e seu horário rígido, o que acaba por levá-lo ao conhecido processo de despersonalização" (Cury, 2005, p. 26). Essa despersonalização, ainda segundo a autora, traz uma sensação de perda de identidade e autonomia, sem muita oportunidade de opinar em seu próprio corpo ou tratamento, ao mesmo tempo em que se evidencia um grande distanciamento do médico.

A Val conta rindo da situação de ser levada de cadeira de rodas. A técnica de enfermagem brinca com ela, trazendo à tona sua obrigação. No entanto, essa cena nos fala de um processo histórico, associado a despersonificação dos pacientes, para tratar a doença. A maternidade e o parto também foram embalados nessa lógica, e muitos procedimentos não criticados, ainda podem ser encontrados nos usos e desusos de práticas que permanecem deixando a semente do poder atribuído aos profissionais e à instituição, como detentora do conhecimento do processo.

Ainda sobre o suposto conhecimento do processo, podemos sentir no HUMAI uma carga de hierarquia de profissões. Apesar de uma busca de desconstrução da ideia do saber médico como autoridade, e as tentativas de construção de um trabalho multiprofissional, as cargas históricas sobre o poder médico são sentidas no cotidiano, mesmo por nós profissionais, o que também se reflete na relação pacientes/profissionais. A observação que segue, antecedeu a entrevista com um médico:

> Nem sempre, ou quase nunca nos sentimos completamente confortáveis para falar com os médicos. Existe uma barreira que dificulta esse acesso. Sempre existe um "respirar fundo" antes de entrar no consultório médico, ou conforto médico para tratar de alguma questão de trabalho (Observação que antecedeu a entrevista com Severino, 2022).

Nessa pesquisa fiz uma escolha, em vários momentos, de chamar de "doutor" os médicos entrevistados. Essa escolha, que pode ter incomodado alguns leitores, vem embebida de uma intencionalidade de retratar como, na realidade, essa forma de tratamento é naturalizada dentro do hospital. A permanência de certa dificuldade de relação vem de uma construção e manutenção do poder do saber médico, e também da postura de inacessibilidade que foi bastante exemplificada durante a pesquisa. Podemos retomar a fala de Amélia, ao nos contar como funcionava quando precisava chamar o médico: "Mas ele vinha com uma tromba desse tamanho. Ele vinha, mas era aquela coisa!" (Amélia, 2022).

Assim como a relação interpessoal com os profissionais médicos é permeada por essa barreira, também os espaços mais "tecnocráticos" parecem inacessíveis.

Retomo uma passagem de caderno de campo, na qual registrei o momento que entrei com o orientador na UTI Neonatal:

> Confesso agora, que tive um pouco de receio, pois a UTI é o que há de mais fechado entre todos os setores. A UTI preserva com muita intencionalidade o título de lugar mais difícil de estar e de trabalhar. A inserção da equipe multiprofissional sofre muitos desafios. A entrada de pais e visitantes é bastante restrita. Da mesma maneira não há muita compreensão da equipe sobre a vida "lá fora" que continua acontecendo para pais e mães que estão enfrentando o internamento de seus filhos (Observação 8 - A visita do orientador, 2023).

Tais observações trago, não para retratar generalizações, mas para evidenciar que entre tudo que se adensa no HUMAI, estão também as sobras dessas relações de poder que foram amplamente cultivadas na história do parto. São permanências sentidas na subjetividade, que de modo objetivo as vezes se tornam difíceis registrar. Como por exemplo a presença de uma Doula. As Doulas são protocolarmente bem vindas no Hospital. Existem modos formais de cadastro, de identificação; oficialmente, após essa formalização estão autorizadas a realizar seu trabalho em qualquer espaço do HUMAI. Mas basta conversar com as Doulas após os partos que acompanham, para perceber que seus relatos serão quase sempre entrecortados com alguma dificuldade com a equipe. Olhares “tortos”, dúvidas sobre a autorização para estarem ali, demora na liberação de entrada em setores mais restritos, como centro obstétrico. As enfermeiras costumam me dizer que gostam quando a paciente tem Doula. Mas no combo da realidade, as contradições podem ser sentidas pelas Doulas. A contradição fica ainda maior quando verificamos que o HU ofereceu um curso de formação de Doulas, em 2017.

De algum modo as relações de poder e as violências precisam ser monitoradas constantemente. Laryssa conta como age, em conjunto com suas residentes, em casos que identificam violências:

> E claro, culturalmente essa questão da violência ela persiste [...] dentro do HU quando houve incidentes de violência foram resolvidos, profissionais foram convidados a se retirar, gentilmente. Eu acho que o que mais pesa quando a gente fala dessa parte, é a violência contra a mulher [...] eu acho, na minha opinião, que não adianta você ter toda estrutura física, ter toda tecnologia dura, e a leve que é a mais [...] o profissional ainda se manter tão fora da realidade. Eu acho que o respeito tem que vir em primeiro lugar.
>
> Algumas práticas de violência que a gente acaba notificando, são violências mais veladas, disfarçadas de procedimentos, por exemplo, até a falta de você falar aquilo que vai ser feito e porque vai ser feito é uma violência. E a gente tenta de alguma forma notificar essa pessoa, não em caráter punitivo, mas educativo para que ela entenda esse processo. Existe um sistema de

> notificação de eventos adversos dentro do hospital, onde a gente notifica, relata o que aconteceu, passa para equipe de serviço social para estar conversando com essa mulher, e caso seja do entendimento dela que ela sofreu algum tipo de violência há legalmente a resolução cabível para essas coisas, ou o próprio profissional pode fazer uma retratação, ou ele pode ser chamado, vai ser conversado com ele sobre […] (Laryssa, 2022).

Pulhez, 2013, traz reflexões sobre o fato de algumas formas de violência parecerem ser evidentes: ao ouvirmos relatos carregados de sofrimento em que mulheres denunciam o fato de terem sido amarradas à maca, ou que levou um tapa na cara porque gritava de dor, ou ainda agressões verbais de médicos ou enfermeiros. No entanto, outros procedimentos ditos de rotina não são tão facilmente reconhecidos como violência. Isso porque houve uma supervalorização do nascimento como um problema técnico, que retirou da mulher a sua autonomia em relação ao parto. Essa tecnologia aperfeiçoada, aliada a cultura da racionalização do tempo, levou muitas pessoas a entenderem as intervenções como uma importante opção, e mesmo quando desnecessárias não são entendidas como violência.

Ainda sobre as violências, Laryssa avalia permanências relacionadas às suas experiências no Hospital Evangélico. Segundo o que retrata, os traumas vividos por mulheres que sofreram violência nessa instituição ainda reverberam em memórias vivas de mulheres que hoje são assistidas no HUMAI.

> Mas infelizmente os respingos vindos dos mais de 20 anos do Evangélico, eles perpetuam. Não tem como você desvincular Ponta Grossa do Evangélico. Quando você recebe uma paciente aqui que ela fala que sofreu algum tipo de violência, e pergunta onde foi, ela ‘ah no antigo Evangélico’. Ainda tem muito essas falas, talvez isso demore umas décadas para que fique só na história, digamos assim, que essas memórias fiquem só na história mesmo. Porque a gente ainda recebe muitas mulheres que sofreram vários tipos de violência lá dentro, que eram visíveis, que eram nítidas. Por muitas vezes eu até compartilhei dessas violências como um ato técnico entre aspas, mas que eram realizados lá dentro, e muitas vezes por toda equipe veladas. Não tinha muito que a gente pudesse fazer (Laryssa, 2022).

Essa consideração de Laryssa, vem acompanhada de outros relatos e registros, que nos desenham antigos cenários de hospitais superlotados, e inúmeras parturientes deixadas em pré-partos coletivos, sem acompanhantes e submetidas a intervenções de rotina.

Bourguignon e*t al.* (2021), ao examinar as expressões da violência obstétrica no relatório da CEI[24] das maternidades de Ponta Grossa-PR (2016), destacam violências físicas e psicológicas, corroboradas pela fala de Laryssa. O trecho que

24 Comissão Especial de Investigação.

segue analisa alguns achados pela CEI das maternidades, a respeito do Hospital Evangélico, que posteriormente fechou:

> Os problemas na estrutura física do hospital não eram recentes, o cerceamento da mulher deambular e o veto ao acompanhante da escolha de gestante era regra –o que viola a Lei 11.108/2005. Além disso, quantidade significativa de partos ocorria em uma sala que não resguardava o direito à intimidade e à privacidade, de modo que os partos muitas vezes aconteciam em um ambiente em que havia outras gestantes e acompanhantes simultaneamente. A impossibilidade de deambular também impactava no procedimento das profissionais, que solicitavam às gestantes que permanecessem na cama, com ordens de não emissão de ruídos, gritos e choros que pudessem interferir no estado emocional das demais parturientes. Situações que remetem a abusos físicos e psicológicos (Bourguignon *et al.* 2021 p.112).

Para uma mulher que viveu essa experiência de parto normal, a tendência de pedir uma cesárea é maior. As violências sofridas anteriormente, podem repercutir em pedidos de cesarianas, de ocitocina sintética e até mesmo de episiotomias para si ou para suas filhas, pelo modo que acreditam que tais intervenções podem trazer a antecipação do parto. E nesse sentido, encontram divergências com o que Regiane explica sobre o que é preconizado no HUMAI:

> A nossa prioridade sempre é o parto normal. Não é que nós somos contra a cesárea, a cesárea é realizada quando é um procedimento necessário. Nós priorizamos o parto normal, e a gente explica, e tem um projeto aqui que chama “consulta de 37 semanas” onde essa gestante é encaminhada pelas unidades de saúde, aqui ela passa por uma equipe multi: serviço social que vai explicar todos os trâmites legais pra ela, a residência obstétrica que vai explicar todo o processo do trabalho de parto, tirando as dúvidas, tirando o medo. Mas também respeitamos quando a mãe chega pedindo a cesárea. Ela tem direito devido uma lei que tem aqui no Estado do Paraná. A gente tenta explicar, falar pra ela o que é o melhor, mas é respeitado (Regiane, 2022).

A Lei referida por Regiane, é a Lei Estadual PR n.º 20.127, de 15 de janeiro de 2020, que alterou a Lei anterior de 2018 que trata da Violência Obstétrica e garantia das sobre direitos da gestante. Com a alteração desta lei houve a inclusão de um artigo que prevê que nas situações eletivas, é direito da gestante optar pela realização de cesariana, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos, e tenha se submetido às avaliações de risco gestacional durante o pré-natal. O Coren/PR se manifestou sobre essa inclusão:

> Lamentável a tentativa de expropriação do corpo feminino, com a falsa ideia de que sua autonomia se restringe à escolha da cesariana. Enquanto profissionais do cuidado, precisamos nos inserir nos diferentes cenários de atuação, e poder devolver às mulheres o direito de vivenciar o parto natural,

> com respeito e autonomia, pois a gestação e o parto são etapas muito importantes da vida de uma mulher, que devem ser marcados por experiências positivas (COREN-PR, 2020).

Essa legislação que retoma o uso de cesáreas eletivas sem indicação, pode ser considerada uma permanência que se vincula ao parto tecnocrático (FLOYD, 2000). Trava um embate com as comunidades de sentidos que trabalham pela retomada do parto normal e do parto natural na realidade ponta-grossense. E esse é só mais um exemplo do significado dos adensamentos: práticas de todo tempo, ligadas a diferentes modulações de temporalidades, que convivem e tensionam na busca de espaços para se firmar dentro do HUMAI. Sobre o mesmo assunto, pergunto ao Doutor Severino se em sua opinião essa Lei terá implicações para o SUS, ao que ele me responde:

> Sim! Sem dúvida! Futuramente em termos de saúde pública o volume que isto pode trazer é extremamente preocupante. Às vezes você não vai contar com o esclarecimento, o discernimento da paciente de que esta opção não é interessante para ela, que ela tem chance de ter mais cesáreas posteriores, por exemplo. Quando você tem um parto normal, aumentam suas chances de ter um segundo parto normal. Se você tem uma cesárea, as chances de uma segunda cesárea também aumentam um pouco. Então as repercussões para a própria saúde da mulher podem ser bastante preocupantes. Até tá durando essa lei. Eu achei que seria questionada, revista. Mas até agora não aconteceu nada. Existe uma questão política, no sentido de agradar. Se você pensar nisso de grosso modo, ninguém vai querer mexer nisso, porque vai ter uma resistência da própria população. 'ah por que a paciente do convênio pode e a do SUS não pode?' O que é outra verdade, não deveria existir. Tem países que realmente isso foi melhor resolvido, e não existe essa questão. É parto normal, e a pessoa vai pagar uma fortuna por uma cesárea desnecessária. É mesmo para coibir a desnecessária. Mas aqui eu não vejo a curto prazo que essa lei será modificada (Severino, 2022).

Na opinião do Doutor Severino, as mudanças são muito difíceis de acontecer, pois há uma força política "no sentido de agradar" já que há uma resistência da própria população em se mexer na questão do "direito" da escolha pelo parto cirúrgico. Essa problemática é real e está adensada no HUMAI. Atualmente, pacientes com 39 semanas de gestação, com pré-natal completo e estratificadas como risco habitual, podem comparecer ao HUMAI para agendar sua cesárea eletiva por desejo materno, mesmo sem nenhuma indicação para a cirurgia. O medo do sofrimento, vindo das memórias de partos assistidos com violência, ou a força da ideia de que o parto deve ser abreviado pelos recursos médicos e tecnológicos, são fortes argumentos presentes nos discursos das mulheres que fazem essa escolha.

Contudo, outras forças políticas representativas dos sujeitos que dão capilaridade ao HUMAI e ao parto humanizado agem em frentes de educação para o

parto, bem como são também tensionadores de ações políticas como a própria abertura da maternidade pública do HU-UEPG. Alguns dos sujeitos representativos para as mudanças aqui mencionadas estão formalmente organizados, outros agem nesse sentido por suas práticas e no compartilhamento de experiências. Para pensar na agência desses últimos, podemos retomar a trajetória de Letícia:

> Eu nasci e cresci aqui (Ponta Grossa). Teve um tempo que eu viajei, mas não morei em outro lugar. E aqui tem uma coisa assim: cada mulher diferente, que pare um filho, e começa entrar nesse mundo, ela sente um ar de Doular, parece. Eu tenho visto muitas, que logo depois de parir, passa pela experiência e quer ajudar outras mulheres. Então esse grupo, normalmente de mães, mas também pais que participaram desse momento, se encontram e mesmo que não seja uma coisa oficial do tipo uma roda de gestantes, a gente se encontra pra fazer festa, para conversar ou no aniversário das crianças e sempre vem os assuntos. Sempre. Porque a gente vive isso. Um grupo de identificação. Todos já tem uma amizade, por exemplo a Ju, eu já conhecia a Ju, já conhecia o Jesus que é pai do Caetano. A Carol eu já conhecia antes dela parir. O mesmo da Índia, a Elaine. Então a gente já tinha uma amizade, já se conhecia de um círculo de 'humanas não exatas' da UEPG (risos) e isso já vai dando uma proximidade de gostos, e o parto foi uma coisa que todo mundo veio trazendo informações.
>
> Hoje quando eu não sei alguma coisa, sobre a placenta por exemplo, essa vez eu quis fazer as cápsulas, a tintura, e eu fui correndo pra Carol: 'Carol, como que você faz, me ajude'. Ai acabou que a Karine, ela tá fazendo pra mim. Um amor ela. E ela já passou a fazer parte do grupo. E a Karine me ajudou um monte na gestação com Ioga para gravidez. Para dor nas costas, nossa como ajuda! Eu usei muito a bola também. Depois das 37 semanas eu comprei uma bola, porque eu queria ficar pulando na bola. E usei bastante, e era uma coisa que me aliviava bastante a dor na lombar. Super indico para qualquer mulher que tiver condições, compre uma bola. E são coisas que a gente também divide. Por exemplo, a Ju que agora tá mais doulando. A Carol deu uma paradinha. Mas essa bola eu penso assim, eu vou passar para a primeira Doula que eu ver, pra ela emprestar pras gestantes, e assim vou estar favorecendo, pois é uma coisa super útil. Isso formam elos, a gente vai se ajudando, de mãos dadas. Cada uma tem sua correria. Nem sempre a gente pode, mas da forma que a gente pode a gente sempre tá resolvendo, sabe? É uma coisa ancestral, de mulheres se ajudando (Letícia, 2022).

Letícia está nos comunicando sobre um grupo de identificação. Não se trata de um grupo fixo, nem formal, pois pessoas entram e "dão uma paradinha" na execução das funções. A agregação se dá de modo solidário. Enquanto uma está doulando, outra investindo em fazer cápsulas de placenta, outra contribuindo com Ioga para gestantes. Quando Letícia fala que "cada mulher diferente que pare um filho, começa entrar nesse mundo", podemos pensar mesmo em mulheres que buscam fazer algo diferente em relação ao parto e puerpério, pois, mesmo que "cada uma tem sua correria", estão todas tentando a seu modo fazer diferença no cenário obstétrico. Esse movimento, aparentemente informal, é também político. São grupos como esses que impactam culturalmente e politicamente os modos de cuidar do parto na cidade.

Nas cenas da cidade, um pouco menos informalmente, também podemos encontrar os grupos de Doulas. Atualmente as Doulas não contam com uma associação em Ponta Grossa, pois analisam como mais interessante integrar a ADOUPAR (Associação de Doulas do Paraná). Contudo, organizam-se em coletivos que tem como objetivos: organização do trabalho como doulas, realização de rodas, cursos e workshops educativos para o parto e também para discussão e reivindicações políticas junto aos órgãos legislativos. A primeira observação registrada no meu caderno de campo para fins dessa pesquisa, se deu em uma roda de gestantes promovida pelo Coletivo Doulas Ponta Grossa. O trecho que segue é parte do que foi registrado naquela data:

> Doulas Ponta Grossa é um coletivo constituído por três mulheres que realizam um trabalho relacionado à gestação, parto e puerpério em Ponta Grossa. Meu lugar de pesquisadora me faz visualizar esse grupo como expressivo, com ecos que ressoam na maternidade e nas redes sociais que participo. As doulas atuam profissionalmente, mediante contratação por parte das gestantes para o acompanhamento da gestação, parto e pós-parto. E de maneira integrada a esse trabalho, também oferecem algumas atividades públicas e gratuitas. Essa é uma maneira de socialização de reflexões relacionadas ao que defendem pessoal e profissionalmente sobre as boas práticas de cuidado ao parto, e do protagonismo da mulher. E também espaço criado para divulgação de trabalho.
> Por esses motivos tomei conhecimento de uma proposta de roda de gestantes, para a qual o perfil de Instagram do coletivo me convidava a participar. O evento ocorreu no dia 09 de abril de 2022, no Parque Ambiental de Ponta Grossa (Observação 1 – Roda de gestantes Doulas Ponta Grossa, 2022).

Pelo que observo no HUMAI, de tempos em tempos temos, há a presença mais frequente de um nome entre as doulas. Nos últimos anos, uma Doula chamada Juliane Gibala Carrico, (Ju Carrico) tem sido presença expressiva na maternidade. Esta mesma Doula está à frente da Campanha Maio Furta Cor, em prol da saúde mental materna[25] em Ponta Grossa. Ela está, como prefere dizer, “puxando a galera” para que o movimento pelo parto humanizado não se estagne na cidade. Além disso, ela também se faz presente mensalmente nas rodas de conversa com gestantes oferecidas pelo serviço social do HUMAI. Em conversa com a Ju, ela me informou sobre uma das conquistas que ela “puxou” em nome do Coletivo de Doulas Ponta Grossa[26], que foi a aprovação da Lei municipal 14.955/2023, que autoriza a criação do cargo e carreira de Doula na Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. A lei ainda

25 Disponível em: https://www.maiofurtacor.com.br/.
26 Coletivo Doulas Ponta Grossa atualmente conta com 8 mulheres e também faz parte do Conselho de Direitos das Mulheres de Ponta Grossa.

precisa tramitar para sua regulamentação, e a ideia do Coletivo, é que o trabalho das Doulas seja oferecido nas Unidades Básicas de Saúde, como meio de prevenção à violência obstétrica e para a garantia da aplicação de boas práticas de parto nas maternidades da cidade.

As rodas de conversa com gestantes oferecidas pelo Serviço Social do HUMAI[27] também podem ser entendidas como ação preventiva de violências e que visam a informação para o parto. A atividade busca realizar escuta ativa sobre as expectativas, dúvidas e opiniões das mulheres gestantes, além de fornecer informações sobre direitos do parto e funcionamento do Hospital. Essas rodas não contam com participação de muitas gestantes, apesar dos convites enviados para as UBS, e a divulgação do Coletivo de Doulas. A média de participantes gira em torno de seis gestantes e acompanhantes, mais as doulas e os profissionais que se interessam. Além das rodas oferecidas dentro do HUMAI, também vamos até as UBS que nos chamam para oferecer essa atividade.

Essas são lutas que foram parar dentro do HUMAI. São travadas no cotidiano da vida ordinária e do trabalho, pelos sujeitos que compartilham bola de pilates, informações sobre plano de parto e que comemoram aniversários das “crias”, durante os quais o parto se torna assunto. As esperanças essas pessoas carregam sobre um lugar de parto humanizado, tensionam as relações dentro e fora, e dividem espaço entre as tensões adensadas no HUMAI.

Nossas fontes têm esperança:

> Letícia: o cenário em Ponta Grossa eu acho que está cada vez melhor. Do meu mais velho era o Evangélico ainda, no do Aruã já era o Regional, e no da Jade já tava no HUMAI, com todos equipamentos, mais humanizados, com banquinho, cavalinho, a bola, que eu acho importantíssima, o chuveiro, a cama… quando eu fui conhecer eu achei assim, que tá super caminhando, tá bonito de alguns anos pra cá (Letícia, 2022).

> Eu fiquei bem feliz e tô bem feliz com o crescimento que a obstetrícia teve na cidade. Tenho muito orgulho de ouvir, e já ouvi muito de pessoas que tiveram o primeiro ou segundo filho em hospitais privados ou de outros lugares do Brasil e acabaram vindo pra cá ter seus filhos no HU, que nos relatam e mandam cartas dizendo que o atendimento foi 10x melhor que no particular; que respeitou todas as vontades dela (Regiane, 2022).

Tendo em vista todos os elementos históricos que constituem esse lugar, chamado HUMAI, observamos que reconhecer os “mobiliários” que trouxemos e

27 Disponível em: https://hu.uepg.br/noticias/humai-uepg-realiza-roda-de-conversa-com-gestantes-sobre-direitos-do-parto/.

adensamos nesse espaço é uma estratégia que tem compromisso com as mulheres, tanto pela assistência hospitalar quanto pelo respeito aos saberes populares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eu nasci na antiga Maternidade Santana, de Ponta Grossa, no ano de 1983. Minha mãe conta lindas histórias sobre meu nascimento, mas do parto, não fala quase nada. Ao concluir este trabalho, consigo ter alguma ideia de como ela deve ter sido assistida. Assim como eu, outros leitores ponta-grossenses poderão conhecer um pouco sobre os contextos que davam base para seu parto, ou, se de fora, conhecer um pouco da nossa cidade a partir das histórias que cercam o modo como nos organizamos para a chegada da vida, em cada período, em cada espaço dos quais nos aproximamos nessa pesquisa.

Durante o percurso desse trabalho, vimos sobre muitos aspectos de como os partos foram tratados em Ponta Grossa. A história local, manifestada por meio das fontes históricas, nos deram algumas dimensões sobre modos de parir e cuidar do parto culturalmente, politicamente e socialmente. Cenas de Ponta Grossa com suas parteiras benzedeiras, seus hospitais filantrópicos e os hospitais com rígidos protocolos aplicados pelas parteiras de hospital; a medicalização do parto, os hospitais lotados e despersonalizadores, a adoção de tecnologias e especialização dos saberes até chegarmos a criação de uma maternidade em um Hospital Universitário, que tende à humanização do parto, mas que tem em si um pouco disso tudo.

Olhando as cenas obstétricas de Ponta Grossa, podemos observar que nossa cidade andou um tanto “pesadona e dorminhoca[28]”, e que demorou para sair de modos de cuidado bastante desfavoráveis às mulheres. Ainda no ano de 2016 podíamos ver hospitais desrespeitando regras básicas de direitos conquistados, como por exemplo, o direito ao acompanhante, direito a receber cuidados baseados em evidências científicas, direito à informação. O surgimento da maternidade do HU-UEPG e posteriormente do HUMAI-UEPG foram fenômenos comemorados, cheios de esperança pelas comunidades de sentidos que são ativas pelo parto humanizado. Mas o que é esse novo lugar, senão um lugar que adensa a história do parto, em todos seus aspectos?

A proposta deste trabalho, que foi lançar um olhar para a história cultural do parto em Ponta Grossa, partiu da observação do surgimento e expansão do

28 Referência ao relato do historiador Nestor Vitor, que em 1913 definiu o então vilarejo como de “Alma pesadona e dorminhoca”

HUMAI/UEPG, como principal responsável pelos partos de risco habitual e intermediário em nossa cidade. Para nomear esse fenômeno, escolhemos o termo adensamento, que nos pareceu resolver, pois tanto se refere à redução de maternidades da cidade que tem por consequência o aumento de número de partos no HUMAI, mas também se relaciona com um adensamento de diferentes práticas, costumes, saberes construídos historicamente, e que passam a coexistir nesse espaço.

Para essa tarefa, tivemos como ponto de partida o HU/UEPG e o HUMAI/UEPG. Porém não seria possível um olhar intencional para as cenas culturais e políticas do nascimento em Ponta Grossa que não transbordasse essa jovem maternidade. A história das maternidades que antecederam a do HUMAI são partes constituintes das cenas que hoje podemos observar.

Cada maternidade da cidade nos presenteou com categorias que nos ajudaram a construir a história que buscamos. E ao olhar o que denominamos “Espacialidades” do parto, no primeiro capítulo, passeamos demoradamente pelo HUMAI. Depois pelo Hospital Evangélico que se apresentou em sua origem, como um sonho da comunidade. Posteriormente o Evangélico se engajou num modelo de “produção em série” que não se sustentou diante das bandeiras levantadas em prol da humanização do parto e da crise sanitária e financeira que sofreu. Estudar e observar a Santa Casa nos trouxeram elementos para pensarmos a modernização e tecnologias entendidas como essenciais para o atendimento dos partos emergenciados, ou patológicos, combinando com números excessivos de cesáreas. Hospitais Vicentino, Bom Jesus e Santana nos mostraram uma face relacionada à caridade religiosa. Nenhuma das categorias aqui mencionadas é exclusiva de qualquer um desses espaços de parto, e cada uma delas esteve ou está presente em todos os outros.

Nas cenas culturais e políticas do parto em Ponta Grossa, título dado ao segundo capítulo, apresentamos como se paria “antes-tempo”, pelas mãos das parteiras tradicionais. As parteiras benzedeiras nos fizeram pensar sobre cuidados herdados pela oralidade, pautados na tradição e na proximidade com a religiosidade popular. Depois adentramos em como parir no hospital se tornou para muitos a única forma considerada aceita, e as marcações que pudemos identificar nos modelos de assistência ao parto dentro dos hospitais da nossa cidade. E por fim, olhamos para uma “velha polêmica”, que discute a escolha de parir em casa. Vimos que essa

modalidade de parto, em especial em nossa cidade, é motivo de impasses e conflitos duradouros.

Conforme caminhamos por esse percurso, histórias sobre tecnologias, segredos e temporalidades, que são fenômenos vivos no HUMAI, foram se apresentando em suas nuances históricas. Assim, no terceiro capítulo, as tecnologias foram apresentadas em diversas de suas conformações, que foram de “frigideira véia de fazer puxado”, prática da parteira tradicional, que conversou com o escalda-pés das enfermeiras obstetras que buscam trazer o que há de mais atual em práticas não farmacológicas de alívio da dor, dentro do hospital. Além disso vimos também as tecnologias como geralmente a pensamos: equipamentos e técnicas muito especializadas e modernas, e suas funções nas cenas do parto. Os segredos e naturezas do parto foram revelados em três diferentes modulações: aqueles que ninguém acredita, os que ninguém quer falar, e aqueles que não se pode falar por autoproteção. E cada uma dessas modulações, obtivemos ricas revelações sobre cultura e políticas de parto em Ponta Grossa.

Ainda nesse lugar chamado terceiro capítulo, um subtítulo para tentar sintetizar as histórias entrecruzadas, lutas por mudanças e permanências adensadas no HUMAI. As temporalidades, entendidas como cada medida de cuidado, seja ela vinda do hospital, da família, da própria mulher parturiente, tem por si uma historicidade e está pautada em costumes, ciência, crenças, sentidos, descobertas e tradições, associadas a uma temporalidade, que não se configura como uma linha do tempo, pois modos de cuidados coexistem.

Com esses resultados, chegamos ao atendimento daqueles que foram os objetivos iniciais da tese: defender que distintas temporalidades e modos de cuidado do parto estão adensados no HUMAI, levando à compreensão de que existe uma trama de práticas discursivas que reproduzem formas de conhecimento, experiências, narrativas e organizações políticas e sobre o parto, desenvolvidos num gradiente entre saberes formais e saberes não formais.

Encontramos nessa história frequentes aberturas e fechamentos de espaços de parto na cidade, que nos demonstram uma descontinuidade nas políticas de assistência ao parto. Isso e nos leva a supor um certo “improviso” ou transitoriedade dos hospitais para atender essa demanda. A dificuldade em sabermos, mesmo diante de muita busca, sobre quando exatamente as maternidades abriram e fecharam dentro dos hospitais, nos mostra que as mesmas não eram celebradas nesses

espaços. O silêncio dessas datas nas fontes históricas e nas memórias nos levam a acreditar em certo “improviso”. Também pudemos sentir as mudanças tardias nos protocolos de modos de cuidado, que funcionaram de maneira descontextualizada. Ponta Grossa demorou e precisou de campanhas para que o parto em casa passasse ao hospital, mas o hospital demorou e precisou de lutas ativistas para sair de um modelo de assistência de violência.

Ainda como achado da pesquisa, a relação de um histórico desejo ponta-grossense pelo progresso. Esse tal progresso, conforme nos mostrou a historiadora Petuba (2011), vinha pelo lugar de “cidade encruzilhada”, que a tornou entroncamento ferroviário, que trouxe para cá o “desenvolvimento”, que entre tantas outras instituições, trouxe também o hospital (Já em 1906 o Hospital 26 de Outubro). Uma valorização pelas tecnologias modernas na assistência ao parto prevalece ainda forte em muitos dos nossos discursos.

Para chegar até esses resultados, o caminho metodológico é o que avalio de mais construtivo e prazeroso para minha formação. A opção pela História Oral foi consciente e precedida de experiências anteriores. Chegar aos sujeitos foi um processo muito relacionado com o lugar que eu ocupo, tanto como assistente social de hospital, como quanto historiadora interessada em aspectos da ruralidade e da cultura. Comecei por contatar Dona Cândida. E depois, algumas pessoas vieram por indicação, outras por memória, outras por pesquisa entre sujeitos relacionados. Para chegar aos sujeitos significativos que compõem as histórias dessa tese, não planejei uma metodologia bola de neve, mas as relações entre o universo do parto, do qual eu pertenço, foram me conduzindo e se desenhando de uma maneira a atender meus interesses de pesquisa. Quando pensava: “falta alguma coisa sobre tal hospital”, eu deixava a ideia acontecendo, até surgir uma lembrança ou uma referência ou uma indicação, de conversar com determinada pessoa. Costumo dizer que estava com o modo “pesquisadora” acionado, o que nos deixa bem atentos aos sinais que levam aos objetivos da pesquisa.

Já as Observações Etnográficas foram experimentadas pela primeira vez em minha trajetória de pesquisa. A escolha e construção do método de observação foi atentamente construída em parceria com meu orientador. Juntos examinamos as histórias que eu trazia do hospital, e meu primeiro registro de caderno de campo. Após esse exercício, nos lançamos a pensar a partir de possibilidades metodológicas até encontrar a “Pesquisa de Terreno” de Burgess (1997). As notas substantivas,

metodológicas e notas de análise, foram inicialmente registradas de modo mais consciente e planejado, e no decorrer da experiência as tomadas de notas foram se naturalizando, me permitindo em situações imprevistas, perceber: “aqui há um importante acontecer que eu posso tomar nota”. Outra interessante experiência da observação etnográfica, tem relação mais específica com as notas metodológicas, que tratam sobre como meu papel de pesquisadora é apreendido pelos envolvidos. Em certo momento da pesquisa, minhas colegas me reconheciam como pesquisadora e me traziam questões que julgavam importantes para meu trabalho. Isso ocorreu por exemplo na observação “Nasceu na triagem!” e na entrevista sobre parto domiciliar com Letícia.

Como resultados dessa pesquisa de campo, as 16 entrevistas e 10 observações me colocaram em contato com sujeitos de diferentes posicionamentos, que experimentaram o universo do parto de perspectivas e tempos distintos. Mães, gestores, trabalhadores administrativos, médicos, enfermeiras e parteiras. Colocar em diálogo no texto perspectivas tão diferentes não deixou de ser um desafio. O que tornou possível essa aproximação foi o tema que nos une (e aqui me coloco em meu lugar de autoria) que são nossas experiências relacionadas ao parto.

Constatada a pluralidade de contextos e modelos culturais de interpretação e cuidado com o nascimento, nos aproximamos do objetivo da investigação que foi promover, pelo campo da história oral e da etnografia, aproximação, debate e construção de sentidos relacionados às histórias das organizações políticas e culturais para os cuidados com o parto em Ponta Grossa- PR.

Essa tese é também um adensamento, pois nela, adensamos sentidos do parto. Para chegarmos até aqui nos lançamos em vários sentidos nas teias que compõem essa história: olhamos para as instituições e arriscamos demarcações de existência e modos de funcionamento, antes não encontradas nas fontes. Nos lançamos para as subjetividades e segredos do parto, que nem sempre são registrados em textos acadêmicos. Olhamos para as temporalidades que coexistem e as histórias que se entrecruzam na atual e carregada de esperança, primeira maternidade pública e universitária de Ponta Grossa. Olhando dessa maneira, podemos afirmar que essa tese percorre as teias e não se fecha em um nó. Abre-se em franjas de possibilidades, para ser continuada em muitos novos, antigos e necessários percursos.

REFERÊNCIAS

ACKER, J. I. B. V. *et al*. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 647–651, 2006.

AGÊNCIA DE JORNALISMO UEPG. **Documentário: Quem vê minha dor!**, 2018. 1 vídeo (1h07 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=4kE1_cdn4Ko. Acesso em: 05 mar. 2022.

ANTUNES, M. B.; ROSSI, R. M.; PELLOSO, S. M. Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2020.

ÁVILA, L. **Parto invisível: o outro lado do nascer.** Ebook Kindle, 2017

AVILA, L. I. *et al*. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 102–109, 2013
.
ARAUJO, Rafael Nobrega. ARAUJO, Edna Maria Nobrega. Um sifilítico escaveirado que se arrasta dolorosamente: representações e estigmas da sífilis em periódicos impressos na paraíba (1920-1940) **Revista Nós: Cultura, Estética e Linguagens** 2022

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DOULAS. **Associação Nacional de Doulas**, 2020. Disponível em: http://www.doulas.org.br/index.php. Acesso em: 27 ago. 2020.

AYRES, L. F. A. **A representação do parto normal a partir da obra Parto natural: guia para os futuros pais: um modelo de parir em meados do século.** Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2014.

BURKE, P. **O que é História Cultural?** 2 ed. Trad.: Sergio Goes de Paula. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2008.

BOURGUIGNON, A. M.; WERNER, R. C.; PONTES, F. S. Expressões da violência obstétrica no relatório da CEI das maternidades de Ponta Grossa-PR (2016). **Revista Direito e Sexualidade**, Salvador, v. 2, n. 2, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/revdirsex/article/view/43695. Acesso em: 2 jun. 2024.

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 2017.

BRAGA, R. Cidades médias e aglomerações urbanas no Estado de São Paulo: novas estratégias de gestão territorial. *In*: **10º Encontro de Geógrafos da América Latina**, Anais. São Paulo, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM 569 de 1 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 36 de 03 de junho de 2008**, dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 930 de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal noâmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Declaração de Nascido Vivo**: manual de instruções para preenchimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1986.

BRUNETTO, V. *et al*. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, 2006.

BURGESS, ROBERT G., **A pesquisa de terreno. Uma introdução**. Oeiras: Celta Editora, 1997,262 pp, ISBN 972-8027-43-5

BURKE, P. O que é história cultural? Rio de Janeiro: Jorgue Zahar Editor. 2008.

BUSNARDO, E. **Vítima terá os primeiros atendimentos no Servs.** 2010. Disponível em https://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/9121. Acesso 31/05/2024

CASSIANO, L. **Iteratividade**, 2021. Disponível em: https://larissacassiano.com.br/iteratividade/. Acesso em: 05 mar. 2022.

CASTRO, C. M. DE . Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 69–75, jan. 2015.

CBN Ponta Grossa. **Antigo Hospital Evangélico vai ser doado à Santa Casa de Ponta Grossa**, 2023. Disponível em: https://www.cbnpg.com.br/post/antigo-hospital-evang%C3%A9lico-vai-ser-doado-%C3%A0-santa-casa-de-ponta-grossa. Acesso em: 10 set. 2023.

CERRI, L. F. **Interfaces entre cultura histórica e cultura política**. Topoi (Rio de Janeiro), v. 22, n. 46, p. 55–76, jan. 2021.

CEVASCO, M. E. **Para ler Raymond Williams**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

CHAUÍ, M. **Cultura e Democracia**. São Paulo. Cortez, 2009.

CHAVES, D. A. et al.. Avaliação da atividade angiogênica da solução aquosa do barbatimão (Stryphnodendron adstringens). **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 18, n. 2, p. 524–530, abr. 2016.

CHAVES, N. **Medicina em Ponta Grossa: histórias da associação médica.** Editora UEPG, 2006.

CHAVES, N. **Medicina em Ponta Grossa: histórias da associação médica (1951-1977).** Ponta Grossa. Editora UEPG, 2007.

CHAVES, N. **Entre a medicina e a fé: Hospital Bom Jesus, 50 anos 1962-2012**. 2013.

CIELLO, C. et al. **Parto do princípio**. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. 2012.

COMVC, Portal, 2021. Disponível em: https://comvcportal.com.br/noticia/987/antiga-maternal-na-avenida-balduino-taques-marcou-epoca-em-pg-realizando-atendimentos-gratuitos. Acesso em: 12 dez. 2022.

CORDEIRO, P. **Sobre a expressão dar a luz**. Recanto das letras Gramática. 2012 Disponível em: www.recantodasletras.com.br/gramatica. Acesso em: 02 ago. 2023.

COSTA, R. L. da. Religiosidade Popular: fenômeno, mística e o símbolo. **Diversidade Religiosa, v. 1, n.1, 2014** ISSN 2317-0476.

CUPANI, A. **Filosofia da Tecnologia: um convite**. Florianópolis: UFSC, 2011.

CURSINO, T. P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1433-1444, 2020.

CURY, S. M. **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

DA SILVA, R. N. A história social da cultura e a história cultural do social: aproximações e possibilidades na pesquisa histórica em educação. **Cadernos de História da Educação**, [S. l.], v. 9, n. 2, 2011. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/che/article/view/11458. Acesso em: 29 maio. 2024.

DINIZ, G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, C. S. G.. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627–637, jul. 2005.

DOUGLAS, M. **La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales**. Barcelona: Paidós Ibérica, 1996.

EHRENREIC, B.; DEIRDRE, E. **Bruxas, Parteiras e Enfermeiras**: Uma história das curandeiras. Nova Iorque: the feminist press, 1973.

ELIAS, N. **Sobre el tiempo**. México: Fondo de Cultura Econômica. (1989).

ENTRINGER, A. P.; PINTO, M. F. T.; GOMES, M. A. DE S. M. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1527-1536,. 2019.

ESTERMANN, M. D. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. **Movimento**, v. 9, n. 3, p. 33-58, 2003.

FEBRASGO. Posicionamento FEBRASGO e AMB sobre parto domiciliar planejado, 2023. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1792-posicionamento-febrasgo-e-amb-sobre-parto-domiciliar-planejado. Acesso em: 08 fev. 2024.

FELISBINO-MENDES, M. S. et al.. O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto?. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 458–465, set. 2017.

FESTA, L. et al.. **Subnotificação de desfechos desfavoráveis da sífilis congênita no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no estado de São Paulo, 2007-2018.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2023.

FLOYD Robbie Davis. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth**. In INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS. International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2000.

FRANCO, R. J. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa. **Estudos Históricos**, v. 27, n. 53, p. 5-25, 2014.

GENNEP, A.V. **Os ritos de passagem**. 2. ed., Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2011.

GODOI, L. Durante a pandemia de Covid-19, Ponta Grossa registrou queda no número de nascimentos. **Periódico UEPG**, publicado em 06 de abril de 2022, 2022. Disponível em: https://periodico.sites.uepg.br/index.php/cidade-cidadania/170-crianca-e-adolescente/2620-durante-a-pandemia-de-covid-19-ponta-grossa-registrou-queda-no-numero-de-nascimentos. Acesso em: 12 set. 2023.

GUSMAN, C. R. *et al*. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 4/5, p. 365-70, 2015.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 2 v. Petrópolis: Vozes, 1988.

HIRSCH, Olivia. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas**, v. 15, . 2, p. 229-249, 2015.

HOSPITAL DO CORAÇÃO BOM JESUS. **Site Oficial**, 2023. Disponível em: https://hcorbj.com.br/

INGOLD, T. **Antropologia Não é Etnografia**. São Paulo: USP, 2011.

KOSELLECK, R. **1923-2006 Futuro passado**: contribuição à semântica dos tempos históricos. Trad.: Wilma Patrícia Maas, Carlos Almeida Pereira. Rev.: César Benjamin. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos até Freud. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LAVORATTI, C. (Org.) **Protocolo de Atendimento dos Hospitais Universitários da UEPG às vítimas de violência**. Ponta Grossa: UEPG/HURCG, 2022.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G.. Childbirth care: the oral history of women who gave birth from the 1940s to 1980s. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 166–174, jan. 2013.

LEVI, G. Sobre a micro-história. *In:* BURKE, P. **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: Editora da UNESP, 1992. p. 133-161.

LOPES, B. A. L. **Um espaço de brincar: o cotidiano em uma brinquedoteca hospitalar.** Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas). Ponta Grossa: Paraná. 2014.

MABUCHI, A. DOS S.; FUSTINONI, S. M.. The meaning given by the healthcare professional to labor and humanizing delivery. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 420–426, 2008.

MAIA, L. **Com o poder de Deus nas mãos: Concepções das parteiras acerca da vivência do parto numa perspectiva da espiritualidade**. Dissertação de Mestrado. UFPB, 2013.

MANGINI, F. N. da R.; KOCOUREK, S.; SILVEIRA, L. V. Serviço Social e tecnologias de saúde: o desafio da subversão democrática. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8655203. Acesso em: 12 maio. 2024.

MARAVIESKI, A.B **Hospital da Criança: Empresas parceiras viabilizam a reforma de mais uma enfermaria.** 2018. Disponível em pontagrossa.pr.gov.br/node/41071. Acesso em 20 de outubro de 2022.

MARCONDES, C.A. *Et al.* **Sistematização do treinamento teórico e prático de técnicas em suturas para acadêmicos de medicina da disciplina de cirurgia plástica da Universidade Federal do Ceará – UFC.** Rev. Bras. Cir. Plást. 2014.

MARTIN, E. **A mulher no corpo. Uma análise cultural da reprodução.** Editora Garamond. Rio de Janeiro 2006

MARTINELLI, M. L. *et al*. **A história oral na pesquisa em serviço social**: da palavra ao texto. São Paulo, Cortez, 2019.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MATOS, G. C. de *et al*. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 7, n. especial, 2013.

MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify , 2003. p. 399-422.

MEIHY, J. C. S. B. História oral: a interlocução necessária com Daphne Patai. **Oralidades**, ano 5, n. 10, 2011.

MENDONÇA, P. P. DE A. *et al*.. O uso da própria voz no trabalho de parto: um estudo fenomenológico**. Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, p. e20220215, 2022.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E.(Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 3. ed. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MESQUITA, E. C. **"Entre práticas e saberes": parteiras práticas, parteiras técnicas e médicos-parteiros.** In: Redor - Rede Feminista Norte e Nordeste de estudos e pesquisa sobre a mulher e relações de gênero. 2014, Recife-PE. Anais de Congresso. 2014. p. 753-765.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Site Oficial**. Nota técnica, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/dezembro/ministerio-da-saude-nao-recomenda-o-parto-domiciliar-no-brasil. Acesso em: 05 fev. 2022.

MORAES DE SABINO L. M. *et al*. **Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem:** análise de conceito. Aquichan. 2016

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, 2012. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588. Acesso em: 9 mai. 2024.

(NA)Ser Mulher. Documentário de Jaqueline Guerreiro e Leonardo Mordhost, 2016. 1 vídeo (1:01 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=3ia5Uh8FA4U. Acesso em: 05 mar. 2022.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A.. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 885–904, jul. 2015.

NASCIMENTO, T. C. do. O corpo de parteira: a espiritualidade nas práticas da parteira tradicional na condução de partos e nascimentos.The midwife corps: spirituality in traditional midwifery practices in conducting deliveries and births. **Coisas do Gênero** | São Leopoldo | v. 9, n. 2 | p. 205-221 | Jul./Dez. 2023 Disponível em: https://revistas.est.edu.br/periodicos_novo/index.php/genero/index. Acesso em: 02 fev. 2024.

NERY, S. Memória e Odores: o debate entre biologia e sociologia em Norbert Elias como inspiração à compreensão dos usos sociais do olfato. Multimodalidade da Memória: **Narrativa e Teoria Social** Arquivos do CMD, Volume 4, N.1. Jan/Jun 2016

NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. A.. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 979–998, out. 2018.

OLIVEIRA, H. T. L. de. et al. Pesar no óbito fetal: luto sem voz. **Revista Bioética**, v. 30, n. 3, p. 644–651, jul. 2022.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Maternidade segura. Assistência ao Parto Normal: Um guia prático. OMS: Genebra,1996.

PAWELSKI, E. M. Análise do custo de parto normal e parto cesárea, em um hospital de médio porte, em Campo Mourão/Paraná. *In:* **VII CONCCEPAR: Congresso Científico Cultural do Estado do Paraná. Anais.** Campo Mourão, 2016.

OLIVEIRA, R. DE S. DE .; PERALTA, N.; SOUSA, M. DE J. S. E .. As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), n. 33, p. 79–100, set. 2019.

OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.

PADILHA, M. I. C. DE S.; MANCIA, J. R.. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 723–726, nov. 2005.

PASSOS, M. M. B . et al. A disseminação cultural das garrafadas no Brasil: um paralelo entre medicina popular e legislação sanitária. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 248–262, jan. 2018.

PENINA, M. **Guardar, enterrar, comer: o que fazer com a placenta?** Online. 2016. Disponível em https://lunetas.com.br/guardar-enterrar-comer-ou-transformar-em-arte-veja-como-familias-se-relacionam-com-placenta/. Acesso em 20 de maio de 2024.

PETUBA, R. M. S. **Na trama dos trilhos: Cidade, Ferrovia e Trabalho Ponta Grossa - PR (1955 – 1997).** Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. 2011.

PONTA GROSSA. Câmara Municipal de Ponta Grossa. Comissão Especial de Investigação das Maternidades. **Relatório Final**. Ponta Grossa: Câmara Municipal de Ponta Grossa. 2016. Disponível em: https://catarinas.info/wp-content/uploads/2019/05/R-E-L-A-T-%C3%93-R-I-O-F-I-N-A-L-CEI-DAS-MATERNIDADES-VERS%C3%83O-FINAL.pdf. Acesso em: 18 mar. 2022.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. **I Encontro Nascer dos Campos Gerais**. Publicado em 10 de abril de 2018. Disponível em: https://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/39083. Acesso em: 05. mar. 2022.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. **Acordo viabiliza ambulatório universitário Amadeu Puppi**. Publicado em 19 de setembro de 2022. Disponível em: https://www.pontagrossa.pr.gov.br/novo/2022/09/19/acordo-viabiliza-ambulatorio-universitario-amadeu-puppi/. Acesso em: 18 fev. 2023.

PORTAL COMUNITÁRIO. **Amas**. Associação de Maternidade Ativa e Segura, 2016. Disponível em: https://memoria.apps.uepg.br/portalcomunitario/index.php/maternidade-ativa/4622-

amas-planeja-calendario-de-atividades-de-2016-e-preve-rodas-de-acolhimento-para-maes-e-pais.html. Acesso em: 18 fev. 2023.

PORTELLI, A. **Ensaios de história oral**. São Paulo: Letra e Voz, 2000.

PORTELLI, A. **Mnemosine** Vol.6, nº2, p. 2-13 (2010) – Artigos Departamento de Psicologia Social e Institucional/ UERJ História Oral e Poder Oral History and Power Alessandro Portelli Universidade La Sapienza, Roma Conferência no XXV Simpósio Nacional da ANPUH, Fortaleza, 2009.

PORTER, R. **Das tripas coração. Uma breve história da medicina.** Rio de Janeiro, Editora Record, 2004.

PULHEZ, Mariana Marques. “Parem a violência obstétrica!”: a construção das noções de “violência” e “vítima” nas experiências de parto. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v.12, n.35, 2013.

QUINTANA, A. M. **A ciência de benzedura: mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise.** Bauru, SP: Edusc, 1999.

RAMOS, A. W. Espaçotempo na cidade de São Paulo: historicidade e espacialidade do “bairro” da água branca. **Revista do Departamento de Geografia**, n. 1, p. 65-75, 1982.

REIS, L. G. DA C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R.. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 1139–1160, 2011.

RISCADO, L. *et al*. Controle tecnológico do corpo e da vida: cesariana entre mulheres usuárias do setor privado. **Psicologia & Sociedade**, v. 33, 2021.

ROHDEN, F**. Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

RUSSO, J. A.; NUCCI, M. F.. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.

SÃO BENTO, PAS et al. Refletindo a Episiotomia na produção científica atual. **Esc Anna Nery R Enferm** 2006.

SANTOS, A. M. S. História oral e etnografia: convergências e contribuições em uma pesquisa sobre o outro e suas demandas de políticas públicas em Breves-PA. *In:* **XIII Encontro Nacional de História Oral – História Oral, Práticas Educacionais e Interdisciplinariedade**. Porto Alegre, 2016.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, M. et al. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 1994.

SAWADA, N. O. **Sentimento do paciente hospitalizado frente a invasão de seu espaço territorial e pessoal**. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ. **Hospital e Maternidade Evangélico de Ponta Grossa**, 2020. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/hospevangelico.pdf. Acesso em: 05 mar. 2023.

SILVA, F. et al.. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 171–184, jul. 2019.

SILVA, L. X. de L.; FERREIRA A. L.; V, L. S. Estados incomuns de consciência em parturientes: a partolândia enquanto potencial para o desenvolvimento da mulher**. Estudos e pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, 2018.

SOUSA, N. A. de. O ritual das orações durante o parto no sertão central do Ceará (1960-2000). **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**. São Paulo, julho 2011.

SOUZA, A.P de. **O sentido do sangue: símbolo, forma e mito.** Fonte: Canal Ciências Criminais - online. 2016. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-sentido-do-sangue-simbolo-forma-e-mito/302248436. Acesso em 20/05/2024

SOUZA, F. M. de L. C.; SANTOS, W. N. dos; SANTOS, R. S. da C.; RODRIGUES, O. B.; SANTIAGO, J. C. D.; SILVA, R. A. R. da. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. **Enferm Foco**. 2019; 10(2): 118-124.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A.. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 275–281, 2008.

TESTON, L. M; MENDES, A; CARNUT, L; JUNQUEIRA, V. Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo**. SAÚDE DEBATE** RIO DE JANEIRO, V. 42, N. ESPECIAL 3, P. 226-239, NOVEMBRO 2018

TORNQUIST, C. A mão e a luva: o processo de medicalização do parto e o corpo feminino em Florianópolis. *In:* MORGA, A. **História das mulheres de Santa Catarina**. Chapecó: Argos, 2004.

THEVENAZ, P. O que é a fenomenologia? a fenomenologia de Merleau-Ponty (1952). **Rev. NUFEN**, v. 9, n. 2, p. 169-176, 2017.

TILLEY, C. Do corpo ao lugar à paisagem: uma perspectiva fenomenológica. **Vestígios** - **Revista Latino-Americana de Arqueologia Histórica**, v. 8, n. 1, p. 24-62, 2014.

UNFPA. **Parteiras, Enfermeiras Obstétricas e Obstetrizes e a qualificação da atenção ao parto no Brasil desde o Século XIX**. 96 páginas. Março, 2023.

UEPG. **Site Oficial**. Maternidade do HU-UEPG registra primeiro nascimento, 2016. Disponível em: https://portal.uepg.br/noticias.php?id=9248. Acesso em: 12 set. 2023.

UEPG. **Site Oficial**. UEPG inicia transição de serviços do Hospital Universitário para Hospital da Criança, 2020. Disponível em: https://www.uepg.br/equipe-inicia-transicao-de-servicos-do-hospital-universitario-para-hospital-da-crianca/. Acesso em: 20 set. 2023.

VARA da Infância e da Juventude de Ponta Grossa. **Site Oficial**. **Palestra: Entrega Consciente: um direito assegurado pela justiça**, 2023. Disponível em: https://www.varadainfanciapontagrossa.com/post/palestra-entrega-consciente-um-direito-assegurado-pela-justi%C3%A7a. Acesso em: 18 nov. 2023.

VIEIRA, R. de C. Convergências entre fenomenologia e micro-história. UFMG. Belo Horizonte **Revista Memorandum**, 2011

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

WILLIAMS, R. **Politics and Letters: interviews with New Left Review**. London: NLB, 1979.

ZORZANELLI, Rafaela; ORTEGA, Francisco; BEZERRA Jr, Benilton**.** Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, 2014, p. 1859-1868.

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DO CHEFE DE SERVIÇO

Impresso com recursos públicos da UEPG por assinal em 2021/10/14

Hospital Universitário HU UEPG

TERMO DE ANUÊNCIA DO CHEFE DO SERVIÇO

Título do projeto:

Ervas culturais e práticas do nascimento em Ponta Grossa-PR: narrativas, memórias e as temporalidades adensadas no HUMAI/UEPG

Eu, Thalita T. Fonseca Celinski,

responsável pelo Serviço Clínica Obstétrica,

tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido pelo(a)

pesquisador(a) Louciuara Kalczuy,

concordando com a realização da pesquisa neste local.

Ponta Grossa, 14 de outubro de 2021

Thalita T. Fonseca Celinski
Enf° Esp. Obstetrícia
COREN-PR - 202929
Coordenação Maternidade
HUMAI - UEPG

Assinatura do Chefe de Serviço

ANEXO B – CARTA DE ACEITE DE PROJETO DE PESQUISA

SANTA CASA	DOCUMENTO DE GESTÃO	Revisão	06
		Data	25/11/2021
	DG - 481	Página	01 de 02

Carta de Aceite de Projeto de Pesquisa

Ponta Grossa, 25 de março de 2022.

Prezado (a) pesquisador (a) **LUCIMARA NABOZNY** após avaliação do seu projeto em pesquisa intitulado por **"CENAS CULTURAIS E POLÍTICAS DO NASCIMENTO EM PONTA GROSSA- PR NARRATIVAS, MEMÓRIAS E AS TEMPORALIDADES ADENSADAS NO HUMAIUEPG"** Informamos que esta comissão aceita o seu desenvolvimento na Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, sendo que o início do mesmo será permitido após a apresentação do documento referente à aprovação do comitê de ética em pesquisa a qual seu projeto foi submetido.

Atenciosamente,

Dr. Rogério Santos Clemente Diretor Técnico CRM 12841	Luciane Cabral Coordenadora Hospital de Ensino	Fernanda Rachel C. da Silva Gerente Contratos
Dr. Rogério Santos Clemente *Diretor Técnico* *CRM 12841*	**Luciane Patrícia A. Cabral** *Membro da Comissão de Avaliação em Pesquisa - COAP*	**Fernanda Rachel C. da Silva** *Gerente de Relacionamento e Contratos*

ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

Hospital Universitário HU UEPG

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TALE

Você está sendo convidada a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada **CENAS CULTURAIS E POLÍTICAS DO NASCIMENTO EM PONTA GROSSA- PR: NARRATIVAS, MEMÓRIAS E AS TEMPORALIDADES ADENSADAS NO HUMAI/UEPG.**

Meu nome é Lucimara Nabozny sou a pesquisadora responsável

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence à pesquisadora responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizada de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas *sobre a pesquisa* poderão ser esclarecidas e-mail lucimara.nabozny@uepg.br ou pelo telefone (42)999256501

Ao persistirem as dúvidas *sobre os seus direitos* como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Estadual de Ponta Grossa Endereço:

Av. Carlos Cavalcanti, 4748 – Uvaranas, Bloco M sala 116-B – Campus Universitário
E-mail:propesp-cep@uepg.br
Fone:(42)3220-3108

Horário: Segunda a Sexta, 8h às 12h e 13h às 17h

_____

Participante da pesquisa/Responsável legal

Hospital Universitário HU UEPG

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa **CENAS CULTURAIS E POLÍTICAS DO NASCIMENTO EM PONTA GROSSA- PR: NARRATIVAS, MEMÓRIAS E AS TEMPORALIDADES ADENSADAS NO HUMAI/UEPG** eu, **LUCIMARA NABOZNY**, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

_____

Pesquisadora

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Hospital Universitário HU UEPG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada: **CENAS CULTURAIS E POLÍTICAS DO NASCIMENTO EM PONTA GROSSA- PR: NARRATIVAS, MEMÓRIAS E AS TEMPORALIDADES ADENSADAS NO HUMAI/UEPG,** sob a responsabilidade de Lucimara Nabozny.

JUSTIFICATIVA:

A importância dessa pesquisa reside em buscar compreender uma história dos cuidados com o nascimento no município de Ponta Grossa, partindo do reconhecimento da multiplicidade de saberes e interpretações culturais sobre o parto e nascimento, desde os partos assistidos por parteiras, até o surgimento do HUMAI/UEPG, perpassando pelas histórias das maternidades que não estão mais em funcionamento na cidade.

Como resultado espera-se a compreender como as práticas ordinárias compõem esse cenário, e ainda como a busca de readoção de práticas abandonadas na assistência hospitalar pode se fortalecer em seu intento de humanização dentro do HUMAI.

OBJETIVOS DA PESQUISA

- Compreender a partir da construção de fontes orais, documentos institucionais e protocolos de saúde em uso, as diferentes modulações de cuidados no nascimento adensados no HUMAI-UEPG;
- Realizar estudo historiográfico pautado na história cultural sobre as organizações institucionais que marcaram o período de transição entre parto domiciliar e parto hospitalar em Ponta Grossa e suas relações com o modelo de cenas de parto tecnológicos;
- Promover construção de memórias sobre práticas tradicionais de organização e cuidado ao nascimento que antecederam a hospitalização do parto em Ponta Grossa, a partir de narrativas de história oral de parteiras de Ponta Grossa.

PROCEDIMENTOS:

A entrevista será realizada pela pesquisadora responsável, que utilizará gravador de voz para registrar as narrativas do entrevistado. Posteriormente a entrevista será transcrita e as falas utilizadas como fontes para o estudo aqui referido.

O entrevistado poderá optar pelo sigilo de sua identificação com uso de nome fictício, ou em caso de preferir ser identificado (por se tratar de história de vida).

O tempo para realização da entrevista varia de acordo com as narrativas, podendo haver solicitação de nova abordagem em nova data ou horário previamente consentidos pelo entrevistado.

RISCOS E DESCONFORTOS:

A pesquisadora se compromete em estar sempre atenta aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos, e adotar medidas de precaução e proteção, a fim de evitar dano ou atenuar seus efeitos.

BENEFÍCIOS:

Os benefícios da participação na pesquisa se referem à sua contribuição para o desenvolvimento dessa pesquisa, registros de memórias sobre o nascimento em Ponta Grossa, e contribuições indiretas para estudos de busca de humanização do parto no HUMAI/UEPG

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento , sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTEÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE:

A pesquisadora se compromete a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive depois de finalizada e publicada, exceto se for do desejo do participante a sua identificação.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar a pesquisadora Lucimara Nabozny, pelo telefone (42)999256501 ou email lucimara.nabozny@uepg.br

Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Estadual de Ponta Grossa
Endereço: Av. Carlos Cavalcanti, 4748 – Uvaranas, Bloco M sala 116-B – Campus Universitário
E-mail:propesp-cep@uepg.br
Fone:(42)3220-3108

Horário: Segunda a Sexta, 8h às 12h e 13h às 17h

_____

Participante da pesquisa/Responsável legal

Hospital Universitário HU UEPG

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa **CENAS CULTURAIS E POLÍTICAS DO NASCIMENTO EM PONTA GROSSA- PR: NARRATIVAS, MEMÓRIAS E AS TEMPORALIDADES ADENSADAS NO HUMAI/UEPG** eu, **LUCIMARA NABOZNY**, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

_____

Pesquisador

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CENAS CULTURAIS E POLÍTICAS DO NASCIMENTO EM PONTA GROSSA- PR: NARRATIVAS, MEMÓRIAS E AS TEMPORALIDADES ADENSADAS NO

Pesquisador: LUCIMARA NABOZNY

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55212122.8.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.209.158

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

CENAS CULTURAIS E POLÍTICAS DO NASCIMENTO EM PONTA GROSSA- PR: NARRATIVAS, MEMÓRIAS E AS TEMPORALIDADES ADENSADAS NO HUMAI/UEPG.O estudo possui o objetivo principal, realizar estudo historiográfico pautado na história cultural sobre as organizações institucionais que marcaram

o período de transição entre parto domiciliar e parto hospitalar em Ponta Grossa e suas relações com o modelo de cenas de parto tecnológicos. A

pesquisa apresenta caráter qualitativo, de natureza

exploratória. Como procedimentos metodológicos serão utilizados: pesquisa bibliográfica, documental e a de campo mediante o desenvolvimento

de entrevistas pautadas no campo da história oral e por fim, a análise pelo método histórico .

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Promover, pelo campo da história oral, aproximação, debate e construção de sentidos relacionados àshistórias das organizações políticas e culturais

para os cuidados com o nascimento em Ponta Grossa- PR.

Objetivo Secundário:

Compreender a partir da construção de fontes orais, documentos institucionais e protocolos de saúde emuso, as diferentes modulações de cuidados
no nascimento adensados no HUMAI-UEPG; Realizar estudohistoriográfico pautado na história cultural sobre as organizações institucionais que
marcaram o períodode transição entre parto domiciliar e parto hospitalar em Ponta Grossa e suas relações com o modelo decenas de parto
tecnológicos; Promover construção de memórias sobre práticas tradicionais de organizaçãoe cuidado ao nascimento que antecederam a
hospitalização do parto em Ponta Grossa, a partir denarrativas de história oral de parteiras de Ponta Grossa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco de constrangimento do entrevistado durante a entrevista Risco de revivamento de memórias tristes.
Risco de identificação do sujeito a partir das memórias narradas

Benefícios:

Pesquisa inédita Demonstração de elementos para práticas interdisciplinares e inclusivas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente trabalho parte da compreensão de que um olhar para as temporalidades adensadas no HUMAI,significa olhar para a historicidade do
processo e reconhecer a história viva que ali se expressa. Sem essereconhecimento da multiplicidade de saberes e interpretações culturais sobre o
parto e nascimento correse o risco da perpetuação da imposição do saber hierarquizado que oprimem as tantas outras expressõeshistóricas e
culturais relacionadas ao evento "nascer". Com o objetivo de promover aproximação, debate econstrução de sentidos relacionados às histórias das
organizações políticas e culturais para os cuidadoscom o nascimento em Ponta Grossa- PR, parte do campo da história oral como metodologia de
pesquisa. Oproblema que essa pesquisa se propõe a investigar, é de que maneiras um olhar para a história cultural donascimento em Ponta Grossa
pode contribuir para a efetivação do parto humanizado no HUMAI? Comoresultados espera-se a compreender como as práticas ordinárias compõe

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG

Continuação do Parecer: 5.209.158

esse cenário, e ainda como abusca de readoção de práticas abandonadas na assistência hospitalar pode se fortalecer em seu intentode
humanização dentro do HUMAI.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016

Recomendações:

Enviar o relatório final ao término do projeto de pesquisa por Notificação via Plataforma Brasil para evitar pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto foi aprovado sem restrições, após avaliação documental. O projeto se encontra dentro dos princípios éticos e metodológicos, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012 e 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1854182.pdf	22/01/2022 04:29:25		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	22/01/2022 04:28:46	LUCIMARA NABOZNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoassentimento.pdf	22/01/2022 04:27:10	LUCIMARA NABOZNY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimento.pdf	22/01/2022 04:25:58	LUCIMARA NABOZNY	Aceito
Parecer Anterior	aprovacao.pdf	09/01/2022 06:00:12	LUCIMARA NABOZNY	Aceito

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvararanas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG

Continuação do Parecer: 5.209.158

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	solicitacaopesquisa.pdf	09/01/2022 05:58:02	LUCIMARA NABOZNY	Aceito
Declaração de concordância	termoanunencia.pdf	09/01/2022 05:56:04	LUCIMARA NABOZNY	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PONTA GROSSA, 24 de Janeiro de 2022

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvararanas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br